

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Barbara Marjorie Schwabe
Nadine Edda Corrêa

**A Importância da Religiosidade/Espiritualidade no Manejo da Doença Renal Crônica
em Pacientes Hemodialíticos do Extremo Sul Catarinense**

Araranguá, SC
2023

Barbara Marjorie Schwabe
Nadine Edda Corrêa

**A Importância Da Religiosidade/Espiritualidade No Manejo Da Doença Renal Crônica
Em Pacientes Hemodialíticos Do Extremo Sul Catarinense**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina do Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Profª. Christine Zomer Dal Molin, Me.

Coorientador: Prof Gabriel Hahn Monteiro Lufchtiz, Me.

Araranguá, SC

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Schwabe , Barbara Marjorie

A importância da religiosidade/espiritualidade no manejo da doença renal crônica em pacientes hemodialíticos do Extremo Sul catarinense / Barbara Marjorie Schwabe , Nadine Edda Corrêa ; orientadora, Christine Zomer Dal Molin , coorientador, Gabriel Hahn Monteiro Lufchtiz, 2023.

41 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá,
Graduação em Medicina, Araranguá, 2023.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Espiritualidade. 3. Religião. 4. Doença Renal Crônica . 5. Cuidados Paliativos . I. Corrêa , Nadine Edda . II. Dal Molin , Christine Zomer . III. Lufchtiz, Gabriel Hahn Monteiro . IV. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Medicina. V. Título.

Barbara Marjorie Schwabe
Nadine Edda Corrêa

**A Importância Da Religiosidade/Espiritualidade No Manejo Da Doença Renal Crônica
Em Pacientes Hemodialíticos Do Extremo Sul Catarinense**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em medicina e aprovado em sua forma final pelo Curso de Medicina UFSC - Araranguá.

Araranguá, 19 de junho de 2023

Profª. Dra. Ana Carolina Lobor Cancelier
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Christine Zomer Dal Molin
Orientadora

Profª. Dra. Melissa Negro Dellacqua
Avaliadora

Dra. Fernanda Napolini Zanatta
Avaliadora

Dedicamos esse trabalho ao homem (*in memoriam*) que, durante muitos anos, encarou a Doença Renal Crônica de cabeça erguida, sorriso no rosto e mãos dadas com Deus.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, a Deus, por nos capacitar a realizar esse tão gratificante trabalho, e permitir que cultivássemos uma amizade desde o primeiro dia de aula. Aos nossos pais, que, através de suas formas particulares de apoio, nos possibilitaram a oportunidade de estar nessa Universidade. Também, aos nossos professores, especialmente à Prof^a. Christine Zomer Dal Molin, que possibilitou nossa entrada no Centro de Hemodiálise Clínica de Nefrologia Ltda. Araranguá e sempre esteve disposta a nos ajudar, e ao Prof. Gabriel Hahn Monteiro Lufchtiz, que nos guiou dentro do vasto universo da pesquisa. Ainda, à equipe multidisciplinar da Hemodiálise, que nos acolheu e deixou à vontade para que pudéssemos entrevistar os pacientes que materializaram essa pesquisa, em especial à enfermeira Andréia.

Aos que, mesmo sem estarem descritos formalmente aqui, participaram desse projeto nos apoiando através de um abraço, de uma mensagem, de uma conversa, de longe ou de perto: nossos irmãos, namorados, amigos, colegas e demais professores.

Por fim, por cada paciente que se dispôs a responder, de uma maneira genuína, ao questionário. Obrigada por aceitarem contribuir com nossa formação, por nos ensinarem a ouvir, e a jamais esquecer que somos, em essência, seres espirituais vivendo uma experiência humana.

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) emerge como um dos principais distúrbios crônicos degenerativos globalmente. Em seu estágio terminal, terapias hemodialíticas, cuja incidência é crescente, prolongam o tempo de vida, mas não são curativas. Estudos sobre como a Religiosidade e Espiritualidade (R/E) influenciam no modo com que os pacientes lidam com as doenças crônicas têm contribuído para a inclusão do tema durante o tratamento pelas equipes de saúde. **Objetivo:** Avaliar a influência da R/E no manejo da DRC, em pacientes hemodialíticos do Extremo Sul Catarinense. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, através da obtenção de dados primários a partir da aplicação da Ferramenta FICA. A interpretação dos dados obtidos seguiu o método de análise qualitativa de conteúdo, através da categorização do material textual transcrito. **Resultados:** Identificou-se que 87,5% da amostra relatou ser religiosa e 10% considerou-se espiritualizada; 80% dos entrevistados consideram que as crenças religiosas e espirituais ajudam a lidar com os problemas, e 87,5% do total consideram sua crença e fé como “muito importante”. 97,5% dos pacientes responderam que suas crenças não interferem em decisões e tratamento médico, com 2,5% relatando que interfere. 60% da amostra faz parte de comunidade religiosa. 60% dos pacientes consideram importante e/ou gostariam de serem abordados sobre o tema R/E, e o restante não gostaria e/ou não soube responder. 92,5% dos pacientes nunca foram abordados sobre o assunto R/E. **Considerações Finais:** A R/E possui grande relevância no enfrentamento da DRC, sendo, junto com a boa relação interpessoal entre pacientes e equipe de cuidado, uma ferramenta importante no enfrentamento da doença. A ligação do teor paliativista da DRC com a terapia hemodialítica não é uma realidade bem elucidada pelos pacientes, possivelmente pela falta da implementação dos Cuidados Paliativos na rotina.

Palavras-chave: Espiritualidade; Religião; Doença Renal Crônica; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) emerges as one of the main chronic degenerative disorders globally. In its terminal stage, hemodialysis therapies, whose incidence is increasing, prolong life, but are not curative. Studies on how Religiosity and Spirituality (R/S) influence the way patients deal with chronic diseases have contributed to the inclusion of the theme during treatment by health teams. **Objective:** To evaluate the influence of R/S in the management of CKD in hemodialysis patients in the extreme south of Santa Catarina. **Methods:** Qualitative research, by obtaining primary data from the application of the FICA Tool. The interpretation of the data obtained followed the qualitative content analysis method, through the categorization of the transcribed textual material. **Results:** It was identified that 87.5% of the sample reported being religious and 10% considered themselves spiritual; 80% of respondents consider that religious and spiritual beliefs help to deal with problems, and 87.5% of the total consider their belief and faith as “very important”. 97.5% of patients responded that their beliefs do not interfere with decisions and medical treatment, with 2.5% reporting that they do. 60% of the sample is part of a religious community. 60% of patients consider it important and/or would like to be approached about the R/S theme, and the rest would not like to and/or were unable to respond. 92.5% of the patients were never approached about the R/E subject. **Final Consideration:** The R/S has great relevance in coping with CKD, being, along with the good interpersonal relationship between patients and the care team, an important tool in coping with the disease. The connection between the palliative content of CKD and hemodialysis therapy is not well understood by patients, possibly due to the lack of routine implementation of Palliative Care.

Keywords: Spirituality; Religion; Chronic Kidney Disease; Palliative Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPSH-UFSC Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina

CP Cuidados Paliativos

DRC Doença Renal Crônica

FFR Falência Funcional Renal

FG Filtração Glomerular

HD Hemodiálise

HRA Hospital Regional de Araranguá

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

R/E Religiosidade/Espiritualidade

SBN Sociedade Brasileira de Nefrologia

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFG Taxa de filtração glomerular

TRS Terapia Renal Substitutiva

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	28
Anexo A - Ferramenta FICA.....	33
Anexo B - Parecer de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	34
Anexo C - Normas de Submissão da Revista.....	39

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
METODOLOGIA.....	15
RESULTADOS.....	16
DISCUSSÃO.....	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	28
ANEXO A - Ferramenta FICA.....	33
ANEXO B - Parecer de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	34
ANEXO C - Normas de Submissão da Revista Saúde Santa Maria.....	39

A Importância Da Religiosidade/Espiritualidade No Manejo Da Doença Renal Crônica Em Pacientes Hemodialíticos Do Extremo Sul Catarinense

The value of religiosity/spirituality in the management of chronic kidney disease in hemodialysis patients in the extreme south of Santa Catarina

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) emerge como um dos principais distúrbios crônicos degenerativos globalmente. Em seu estágio terminal, terapias hemodialíticas, cuja incidência é crescente, prolongam o tempo de vida, mas não são curativas. Estudos sobre como a Religiosidade e Espiritualidade (R/E) influenciam no modo com que os pacientes lidam com as doenças crônicas têm contribuído para a inclusão do tema durante o tratamento pelas equipes de saúde. **Objetivo:** Avaliar a influência da R/E no manejo da DRC, em pacientes hemodialíticos do Extremo Sul Catarinense. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, através da obtenção de dados primários a partir da aplicação da Ferramenta FICA. A interpretação dos dados obtidos seguiu o método de análise qualitativa de conteúdo, através da categorização do material textual transcrito. **Resultados:** Identificou-se que 87,5% da amostra relatou ser religiosa e 10% considerou-se espiritualizada; 80% dos entrevistados consideraram que as crenças religiosas e espirituais ajudam a lidar com os problemas, e 87,5% do total consideram sua crença e fé como “muito importante”. 97,5% dos pacientes responderam que suas crenças não interferem em decisões e tratamento médico, com 2,5% relatando que interfere. 60% da amostra faz parte de comunidade religiosa. 60% dos pacientes consideram importante e/ou gostariam de serem abordados sobre o tema R/E, e o restante não gostaria e/ou não soube responder. 92,5% dos pacientes nunca foram abordados sobre o assunto R/E. **Considerações finais:** A R/E possui grande relevância no enfrentamento da DRC, sendo, junto com a boa relação interpessoal entre pacientes e equipe de cuidado, uma ferramenta importante no enfrentamento da doença. A ligação do teor paliativista da DRC com a terapia hemodialítica não é uma realidade bem elucidada pelos pacientes, possivelmente pela falta da implementação dos Cuidados Paliativos na rotina.

Palavras-chave: Espiritualidade; Religião; Doença Renal Crônica; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) emerges as one of the main chronic degenerative disorders globally. In its terminal stage, hemodialysis therapies, whose incidence is increasing, prolong life, but are not curative. Studies on how Religiosity and Spirituality (R/S) influence the way patients deal with chronic diseases have contributed to the inclusion of the theme during treatment by health teams. **Objective:** To evaluate the influence of R/S in the management of CKD in hemodialysis patients in the extreme south of Santa Catarina.

Methods: Qualitative research, by obtaining primary data from the application of the FICA Tool. The interpretation of the data obtained followed the qualitative content analysis method, through the categorization of the transcribed textual material. **Results:** It was identified that 87.5% of the sample reported being religious and 10% considered themselves spiritual; 80% of respondents consider that religious and spiritual beliefs help to deal with problems, and 87.5% of the total consider their belief and faith as “very important”. 97.5% of patients responded that their beliefs do not interfere with decisions and medical treatment, with 2.5% reporting that they do. 60% of the sample is part of a religious community. 60% of patients consider it important and/or would like to be approached about the R/S theme, and the rest would not like to and/or were unable to respond. 92.5% of the patients were never approached about the R/E subject. **Final Consideration:** The R/S has great relevance in coping with CKD, being, along with the good interpersonal relationship between patients and the care team, an important tool in coping with the disease. The connection between the palliative content of CKD and hemodialysis therapy is not well understood by patients, possibly due to the lack of routine implementation of Palliative Care.

Keywords: Spirituality; Religion; Chronic Kidney Disease; Palliative Care.

INTRODUÇÃO

Diante do atual cenário epidemiológico global, refletido na realidade brasileira, o qual é caracterizado pelo crescimento da população idosa em detrimento dos outros segmentos populacionais, tem-se uma alteração no perfil de morbimortalidade do Brasil: o aumento percentual das doenças crônicas em detrimento das infecto-contagiosas¹. Dentre as afecções de caráter crônico, evidencia-se a preponderância da Doença Renal Crônica (DRC), a qual se tornou um dos maiores desafios à saúde pública do século XXI⁽²⁾.

A DRC caracteriza-se pela perda progressiva e irreversível da função renal, com taxa de filtração glomerular (TFG) abaixo de 60mL/min/1,73m² e/ou presença de albuminúria por pelo menos 3 meses⁽³⁾. Dessa forma, o estadiamento da progressão da DRC pode ser segmentado por grupos, de acordo com a TFG (em mL/min/1,73m²): G1 \geq 90, G2 = 60 a 89, G3a = 45 a 59, G3b = 30 a 44, G4 = 15 a 29, G5 \leq 15. Nos estágios G1 a G4 utiliza-se o protocolo de tratamento conservador e no último estágio, o G5, declara-se falência funcional renal (FFR) e dá-se início à Terapia Renal Substitutiva (TRS), cujas opções são transplante renal, hemodiálise e diálise peritoneal⁽⁴⁾.

Segundo o Censo Brasileiro de Diálise de 2020, patrocinado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)⁽⁵⁾, em julho de 2020, o número estimado de pacientes submetidos a quaisquer modalidades de diálise foi de 144.779. Do total de pacientes com DRC, 92,6% estavam em hemodiálise (HD), terapia feita em 3 sessões distribuídas durante a semana, cada uma com duração média de 4 horas, por tempo indefinido e, na maior parte dos casos, definitivo⁽⁶⁾.

Ressalta-se que essa terapia não age isoladamente, porque o regime terapêutico inclui não somente a hemodiálise, mas também o esquema medicamentoso, dietético e hídrico⁽⁷⁾. Dessa forma, os tratamentos da DRC aliviam os sintomas, mas nenhum deles é curativo e, portanto, doentes renais crônicos com falência renal estão, invariavelmente, caminhando para a terminalidade, reiterando o fato de ser uma doença com altas taxas de morbimortalidade⁽⁸⁾. Ou seja, as terapias acima descritas, embora preservem a vida do paciente, não possibilitam o retorno à qualidade de vida como era antes da DRC. Isso inclui papel social, familiar e inclusão no meio laboral⁽⁶⁾.

Considerando-se que a faixa-etária predominante de pacientes em hemodiálise vai dos 45 aos 64 anos⁽⁹⁾, estudos sobre a senescência tornam-se cada vez mais prevalentes, e trazem consigo a necessidade de capacitação sobre os Cuidados Paliativos (CP). Estima-se que a cada

ano, mais de 20 milhões de pessoas precisem de Cuidados Paliativos no mundo, tornando o conhecimento sobre o tema uma parte fundamental e indiscutível do arcabouço médico⁽¹⁰⁾.

A origem do termo “paliativo” é do latim, significando “manto”, no sentido de aliviar o sofrimento de determinada enfermidade que não possui cura. Os Cuidados Paliativos são uma abordagem que tem por objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente e familiares através do manejo do sofrimento, não apenas daquele expresso pela dor e pelos demais sintomas físicos, mas sobretudo os sociais, psicológicos e espirituais⁽¹¹⁾.

A espiritualidade pode ser definida como um sentimento íntimo de busca constante por um propósito para a própria existência capaz de proporcionar ao indivíduo significado diante das dificuldades e doenças enfrentadas na vida, não necessariamente relacionado à crença em Deus. Já a religiosidade é a relação do ser humano com um outro ser transcendente, de acordo com uma religião praticada por este, a qual possui um compêndio de crenças divididas por um grupo de indivíduos⁽¹²⁾.

No contexto brasileiro, o tema adquire especial relevância, uma vez que 89% da população declara ter alguma religião⁽¹³⁾, segundo o Censo Demográfico de 2010. O mesmo Censo demonstra concordância desses dados no local em que o presente estudo foi conduzido: dos 61.310 moradores do município de Araranguá, localizado no extremo sul catarinense, apenas 1.936 indivíduos (3,15%) declaram-se sem religião. Dentre os 96,8% dos que professam alguma religião, prevalece a Católica Apostólica Romana, praticada por 44.947 residentes⁽¹³⁾.

Dentro da abordagem dos CP, evidencia-se a relevância da religiosidade/espiritualidade (R/E) na condução do processo saúde-doença a partir da correlação entre indicadores positivos de saúde e maiores graus de envolvimento espiritual e religioso dos pacientes⁽¹⁴⁾. Diversos estudos apontam a influência da R/E na saúde física e mental, na medida em que potencializa a adoção de hábitos saudáveis, até a atuação na psique do paciente, no sentido da adaptação psicológica, com o suporte social, redução da carga de cunho emocional e aceitação da doença⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Ainda, existe a associação positiva entre a religiosidade como fator protetor para suicídio, abuso de substâncias, sofrimento psicológico e psicoses, além de reduzir pressão arterial e tensão muscular⁽¹⁵⁾. No entanto, há também os efeitos adversos da R/E, quando a crença do indivíduo transforma-se em um ideal de cura milagrosa ou tratamentos alternativos, fazendo com que isso seja uma justificativa para a esquiva ou falta de adesão ao tratamento⁽¹⁷⁾.

No universo da Doença Renal Crônica, a hemodiálise impacta fortemente o dia-a-dia dos pacientes⁽⁶⁾. Esses percebem-se incapacitados de realizar algumas atividades e convocados

a mudança de hábitos alimentares e estilo de vida. Assim, é necessário que o indivíduo consiga readaptar-se em sua nova realidade, e, nesse contexto, a saúde espiritual torna-se fundamental na superação da circunstância à qual o paciente está sendo inserido, gerando potencialidades que fortalecem o indivíduo e a família⁽¹⁸⁾. Além disso, os pacientes em quaisquer estágios da DRC relatam que gostariam de ser abordados sobre sua R/E, adicionando, ainda, que se sentiriam mais acolhidos e confiariam mais no tratamento caso fossem questionados acerca do tema⁽¹⁹⁾.

No entanto, apesar da evidente importância da R/E no contexto das doenças crônicas não transmissíveis, exemplificada pela inclusão na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) de “Problemas Espirituais e Religiosos” como uma nova categoria diagnóstica⁽²⁰⁾, evidências científicas comprovam que os médicos, em sua maioria, ignoram essa questão⁽²¹⁾.

Por conseguinte, justifica-se o presente trabalho devido à evidente demanda espiritual dos indivíduos portadores de doenças crônicas e ao forte perfil religioso da comunidade em que o mesmo será desenvolvido, questões cuja relevância não recebe a devida atenção nos currículos médicos brasileiros⁽¹⁾.

O objetivo da pesquisa consiste em avaliar a relevância clínica e a percepção dos pacientes com DRC em estágio terminal que dialisam no Hospital Regional de Araranguá quanto à dimensão da R/E na condução dos seus processos de saúde-doença.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de pesquisa qualitativa, através da obtenção de dados primários a partir da aplicação da Ferramenta de História Espiritual FICA (ANEXO A) em pacientes renais crônicos em terapia de reposição renal hemodialítica no Hospital Regional de Araranguá, localizado no município de Araranguá, extremo sul catarinense.

A abordagem à espiritualidade abrange desde o questionamento a respeito de possíveis demandas espirituais até a coleta de uma história espiritual e pode ser feita por ferramentas que auxiliem na identificação, nomeação e endereçamento das mesmas⁽²²⁾. Dentre os instrumentos disponíveis para coleta de uma história espiritual, consta a Ferramenta FICA, sistematizada por Christina Puchalski e reconhecida pelo meio científico como um instrumento sucinto e eficaz na avaliação da espiritualidade de pacientes⁽²³⁾.

A Ferramenta FICA, cuja versão brasileira foi publicada por Koenig⁽²⁴⁾ (2012), consiste em uma entrevista com 11 perguntas abertas que explora quatro domínios do aspecto espiritual: a presença de Fé, crença ou significado; a Importância da espiritualidade na vida dos indivíduos e a influência desse sistema de valores nas suas decisões em saúde; a Comunidade espiritual do indivíduo; e Ações no cuidado direcionadas pelas informações colhidas. A Ferramenta FICA foi escolhida para condução do presente estudo pois, em revisão sistemática que comparou 25 instrumentos para abordagem da espiritualidade, sua facilidade de memorização e praticidade de aplicação, bem como o fato de levantar aspectos sociais dos indivíduos, a posicionam entre as mais recomendadas para utilização na prática clínica⁽²³⁾.

A coleta foi realizada no período de outubro de 2022 a março de 2023, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC), no dia 29 de agosto de 2022, sob parecer número 5.612.089 (ANEXO B). A participação no estudo foi voluntária através da anuência ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) obtida por assinatura ou coleta de biometria dos participantes. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos portadores de Doença Renal Crônica submetidos à hemodiálise a partir de julho de 2022. Aqueles incapazes de responder ao questionário ou em tratamento por Insuficiência Renal Aguda foram excluídos do estudo. A condução das entrevistas pelas pesquisadoras se deu durante as sessões de hemodiálise, e as mesmas foram gravadas na modalidade de áudio para posterior transcrição e análise.

A técnica utilizada para interpretação dos dados obtidos seguiu o método de análise qualitativa de conteúdo, no qual a categorização do material textual permite a identificação de informações relevantes na solução do problema de pesquisa⁽²⁵⁾. Com ênfase na técnica de síntese de análise de conteúdo, o material foi parafraseado de forma que representasse um conjunto de ideias e expressões relacionadas entre si⁽²⁶⁾ e, então, agrupado por categorias, conforme os quatro domínios da espiritualidade levantados pela ferramenta FICA: Fé/Crença; Importância ou Influência; Comunidade; e Ação no tratamento.

RESULTADOS

Durante os 4 meses de duração da coleta de dados, entrevistou-se 40 pacientes do Centro de Hemodiálise de Araranguá, os quais foram triados através da disponibilidade e

desejo em participar do presente estudo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão citados acima e posterior assinatura do TCLE.

Dessa amostra, 87,5% relataram ser religiosos, 10% consideram-se espiritualizados e 2,5% afirmaram não ter religião; 80% dos entrevistados consideram que as crenças religiosas e espirituais ajudam a lidar com os problemas, e 87,5% do total consideram sua crença e fé como “muito importante” - o restante classificou crença e fé como “pouco importante”; nenhum dos pacientes classificou como “nada importante”. Em relação a decisões médicas e a interferência de crenças no tratamento, 97,5% dos pacientes responderam que suas crenças não interferem, com 2,5% respondendo que sim, interferem, número que corresponde a um único participante.

No que tange à Comunidade, 60% dos entrevistados relataram que fazem parte de comunidades religiosas ou espirituais e 40% não, sendo que, dos que afirmaram participar, 75% consideram que estas representam fontes de suporte (94% das respostas referiram-se a apoio emocional e o restante a apoio financeiro). Ainda, em relação ao grupo de pessoas que amam, 75% citou a família e amigos e o restante atribuiu esse papel à igreja e/ou comunidade. Sobre a importância da comunidade, 87,5% dos pacientes relatam que acham que são fontes de suporte importantes.

Considerando a abordagem médica ou de profissionais da saúde sobre o tema R/E no tratamento, 60% dos pacientes acham importante e/ou gostariam de ser abordados sobre o assunto, 27,5% não gostaria que fosse abordado o assunto e/ou acha pouco relevante e 12,5% nunca pensou no assunto e/ou não soube responder a pergunta. Do total da amostra, 92,5% dos pacientes nunca foram abordados sobre o assunto R/E durante os cuidados recebidos no contexto da hemodiálise.

DISCUSSÃO

Esse estudo objetivou avaliar a influência da espiritualidade/religiosidade no manejo da Doença Renal Crônica, em pacientes hemodialíticos atendidos no município de Araranguá-SC. Dessa amostra, 35% são do sexo feminino e 65% do sexo masculino, com média de faixa-etária de 55,5 anos, variando de 20 a 93. A partir desse questionamento, identificou-se que, dentre os pacientes entrevistados, 87,5% declararam ter alguma religião, assemelhando-se à média de 89% da população brasileira que declara ter alguma religião, demonstrada no estudo de Monteiro et al (2020)⁽¹⁶⁾. Desse contingente, 52,5% são católicos, 27,5% evangélicos, 2,5% umbandistas, 7,5% espiritualizados, 5% sem religião e 5% apenas

religiosos. Ressalta-se, aqui, a diferenciação entre religião e espiritualidade, encontrada tanto na literatura^(12, 15, 17, 18) quanto no discurso de muitos pacientes. Exemplifica-se a seguir através de uma fala durante a entrevista de um paciente:

Eu tenho fé... muita fé. Mas ir na igreja, não vou não. Em várias religiões, Deus tem vários nomes, mas ele é um só, não existe outro, não tem igual a Ele. Ele é o criador do mundo. Tem católico, tem umbandista, tem africano, tem igreja universal, adventista. Cada um é uma coisa, mas todos se referem ao mesmo Deus (J.C.D.J., 50 anos).

Além disso, um resultado importante foi que 80% dos entrevistados consideram que as crenças religiosas e espirituais ajudam a lidar com os problemas, e 87,5% do total consideram sua crença e fé como “muito importante”, em consonância com a literatura, que apresenta a espiritualidade como uma ferramenta importante no manejo de doenças crônicas, especialmente dentro dos Cuidados Paliativos, como um auxílio para lidar com situações que exigem grande enfrentamento⁽²⁷⁾. Como exemplo da importância da R/E na condução da DRC, especialmente em relação à aceitação do diagnóstico e ao início da hemodiálise, citam-se os excertos a seguir, retirados das entrevistas com dois pacientes:

Acho que a fé foi importante em certos momentos, principalmente no começo, que a gente fica muito assim... na hora que senta nisso aqui (cadeira de hemodiálise) é um pânico. Sentei aqui e pensei “pronto, acabou agora, não tem o que fazer”. Depois vai indo, e isso aqui não é um bicho de 7 cabeças... Vai levando e pronto. A crença que a gente tem é o que nos mantém vivos. Se você não crê em nada, você se entrega (J.L.B, 26 anos).

Quando o médico falava “um dia a senhora vai ter que fazer, a senhora é crônica renal...” e eu pedi tanto pra Deus me ajudar, pra me atender, acalmar, tirar isso da minha cabeça... e Ele atendeu. [...] Deus foi tão bom pra mim, que o dia que a doutora disse que eu ia ter que fazer, eu não levei choque nem nada. (N.V, 73 anos).

No entanto, dentro da porcentagem dos pacientes que avaliaram a religiosidade/espiritualidade como “muito importante”, ressalta-se o caso do único paciente cujas crenças interferem diretamente no tratamento médico. Por acreditar em cura por milagre, o mesmo não aceita a terapêutica proposta: faz menos sessões de hemodiálise do que deveria, pois acredita que irá se curar, como expresso pelo discurso “*O Espírito Santo me disse. Ele disse, que eu vou me curar. Tenho que acreditar*” (M.S.C, 41 anos). Elucida-se, assim, um efeito negativo da R/E – ao ser tratada sob o viés do fanatismo, deixa de ser uma ferramenta auxiliadora e transforma-se em um motivo de piora clínica do paciente, quando esse se opõe ao plano médico indicado⁽¹⁵⁾. Os demais pacientes declararam que sua fé não afetava suas decisões médicas ou seu tratamento, e muitos reconheciam o próprio protagonismo na condução da doença renal crônica, a despeito da forte fé que possuem: “*É importante acreditar em alguma coisa. A gente tem que acreditar. Mas não dá pra esperar*

que venha tudo Dele, né. A gente tem que ir atrás (JLB, 26 anos).”; “Tem que lutar, não é bem assim, ir uma vez na igreja e melhorar. Tem que cuidar como uma plantinha, cultivando sempre (L.D.P, 53 anos).”; “A fé não faz tudo, mas dá uma boa ajuda. Eu vou ao médico, peço orientação e também rezo (Z. M, 57 anos).”.

Este achado vai ao encontro da literatura, que afirma que a R/E atua como fonte de resiliência para os indivíduos, afetando de modo positivo os hábitos e comportamentos de vida e saúde, o que resulta em melhores desfechos clínicos⁽²¹⁾. *“Crenças ajudam muito com problemas de saúde também. Fé em Cristo ajuda a superar. Muitos que não têm fé se deixam levar pela emoção, ou por tristezas e acabam abalando sua vida ou até desistindo dela” (I.D.I, 63 anos).* Outrossim, os participantes, em geral, valorizam a atuação médica, destacando-a como fundamental para a concretização dos desígnios e bençãos divinas sobre suas vidas: *“Deus já deu sabimento pra eles pra isso. Médico é médico. Deus deu a inteligência (J.E.C.M., 59 anos).”*

Eu acredito muito em Deus, tá bom, que Ele influencia bastante. Mas sem médico, Ele também não pode fazer nada. Porque se Ele deixou essa sabedoria pros médicos saber curar também, é porque Ele quis que fosse assim. Por isso que Ele deixou a sabedoria pros médicos, não pra curar necessariamente, mas pra ficar mais ameno (O.R, 64 anos).

Em relação a grupo de apoio e pessoas que amam, a família foi considerada por 75% dos pacientes, o que endossa a importância do apoio ao paciente com Doença Renal Crônica, devido às limitações impostas pela hemodiálise – não só físicas, como também sexuais, psicológicas, sociais e familiares, como pode ser exemplificado pelo trecho de uma das entrevistas: *“Eu nunca pensei em ter essa doença, mas tem que aguentar... Eu nunca fui de parar, hoje eu sou um nada. Eu preciso trabalhar e eu não posso” (J.G.S., 62 anos).* Uma figura de destaque na adesão ao tratamento correto e no suporte afetivo foi a da cônjuge: *“Minha esposa que me dá meu tratamento certinho, nunca passa do horário” (O.R, 64 anos),* como também exemplificado por outro paciente:

Minha mulher, que Deus me livre, desde o começo está comigo. Quando eu vim no começo aqui eu estava fora do ar, então ela quem tocou o barco. Ela que vai me dando o apoio assim (J.L.B, 26 anos).

Como uma percepção das autoras, ao serem indagados sobre o grupo de apoio no enfrentamento à DRC, os pacientes relataram sentir-se extremamente acolhidos pela própria equipe e também pelos colegas que compartilham as sessões, revelando a importância do sentimento de pertencimento, o que a literatura cita como um fenômeno comum, tanto pela

intensa convivência, haja vista a elevada duração e frequência das sessões, quanto pela complexidade dos quadros dos pacientes, os quais exigem atenção e cuidado constantes da equipe médica e enfermagem, de forma a construir um vínculo de confiança⁽²⁸⁾.

Em relação ao tópico Ação no Tratamento, foram citadas ações como orações coletivas e questionamentos simples que permitissem aos profissionais reconhecer a fé como alicerce na vida daqueles indivíduos, “*pro médico ficar sabendo o que a gente é, o que a gente faz*” (O.R., 64 anos). Contudo, os resultados obtidos divergiram dos esperados: a partir da literatura, constatou-se que o tema R/E não era um assunto comumente abordado pela equipe médica, mas que era uma demanda dos pacientes: segundo estudos, esses gostariam de ser abordados sobre o tema⁽¹⁹⁾. No entanto, 40% dos pacientes entrevistados relataram que ou não gostariam de ser abordados sobre o tema, por ser de cunho essencialmente pessoal, ou que nunca tinham refletido sobre a relação entre R/E e a medicina.

Na visão das pesquisadoras, isso fortalece o entendimento de que os pacientes do centro avaliado já se sentem contemplados sob o aspecto do pertencimento a algo maior, que dê significado às adversidades enfrentadas, um dos cerne da espiritualidade⁽¹⁾. Tal sentido poderia advir da ótima relação interpessoal que possuem entre si e também com a equipe multiprofissional, criando um senso de comunidade entre cuidadores e pessoas sob cuidado que, por vezes, poderia suprir a necessidade de buscar suporte emocional em outros coletivos.

A espiritualidade é universal, inerente a todo indivíduo, e dá sentido à existência humana. É um movimento interno, que dimensiona e redimensiona o sentido da vida.[...] É uma presença cotidiana, e está presente no meio social, relacional, profissional, na educação, saúde, lazer, religião, no íntimo de cada ser, entre ateus, agnósticos e religiosos, ou seja, em todos os espaços e realidades existenciais⁽²⁹⁾.

Reitera essa percepção a seguinte fala de um participante: “*Se a clínica de hemodiálise fosse a Igreja, aqui eu estaria ganhando apoio. Aqui pra mim tá muito bom, porque tá me dando vida*” (L.M., 68 anos). O mesmo paciente completou durante a entrevista:

Eu estou contente com o cuidado que estou recebendo, então já está bom assim. Eu também tenho que me esforçar. Eles fazem o que podem, não param. A gente não tem nada que reclamar. Tenho que agradecer a Deus e a eles. Aqui é um lugar maravilhoso. Me dou muito bem com os enfermeiros, são maravilhosos, me tratam muito bem. Não tive nenhum preconceito, fui muito bem recebido pelos colegas, então sou muito agradecido (L.M, 68 anos).

Em relação à utilização da ferramenta FICA para a coleta da anamnese espiritual dos participantes, as pesquisadoras perceberam, em consonância com a literatura, a praticidade de sua aplicação⁽²³⁾. Por outro lado, durante a realização das entrevistas, algumas perguntas

pareceram redundantes e, por vezes, sem razão de existirem de maneira tão semelhante. O primeiro par de questionamentos a priori compreendidos como repetitivos diz respeito à presença da fé e a sua influência na vida do indivíduo: “Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com os problemas?” aparece no bloco de fé/crença. Logo em seguida, pergunta-se “A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresses ou problemas de saúde?”. A similaridade entre ambas parecia tanta que até mesmo os pacientes, por vezes, expressavam surpresa por ter de responder a mesma questão ou, então, enfatizavam o que haviam dito no primeiro momento.

Contudo, ao analisar a literatura a respeito dos métodos empregados no desenvolvimento e aplicação de entrevistas qualitativas, as pesquisadoras se depararam com a estratégia de retomada de tópicos já mencionados a fim de aprofundá-los e obter respostas que revelem emoções mais profundas, que fujam da superficialidade⁽²⁵⁾. De fato, os resultados demonstram que ao passo que apenas 80% responderam positivamente à espiritualidade/religião como mecanismo de enfrentamento de problemas, 90% disseram que a fé ajuda a lidar com estresses de saúde. Percebe-se, então, que a repetição e especificação do que se esperava do participante fez com que a ferramenta se tornasse mais sensível para detectar indivíduos para os quais a crença em algo superior impacta diretamente na autopercepção sobre a própria doença e o tratamento.

O segundo par diz respeito à atuação de comunidades religiosas ou espirituais como fontes de suporte, em que a primeira pergunta se refere especificamente à comunidade da qual o indivíduo faz parte e a segunda aborda de modo abrangente a opinião do participante sobre a importância de comunidades como ambientes de suporte. Daqueles que pertencem a uma comunidade, 75% disseram receber apoio, seja emocional ou financeiro. Por outro lado, mesmo entre aqueles que não frequentam centros R/E predomina a percepção de que esses ambientes podem atuar como pontos de suporte diante de enfermidades, totalizando 87,5% das respostas. Novamente, a repetição do mesmo tópico sob uma perspectiva diferente, ainda que sutil, revela informações relevantes, como o fato de que existem membros de comunidades religiosas ou espirituais que não recebem o apoio que julgam valioso, ao passo que, mesmo dentre aqueles que não pertencem a tais congregações, há a percepção majoritária de que elas podem servir como alicerce a quem as procura, como um reflexo da cultura fortemente religiosa em que vivem⁽³⁰⁾. Exemplificam tal interpretação as seguintes falas: “*Eu*

concordo com todas as religiões, mas não acredito em nenhuma” (L.M., 68 anos) e “Cada qual tem a sua (religião), mas eu não critico nem uma nem outra” (J.R., 49 anos).

Ainda, em uma análise para além dos parâmetros avaliados pela ferramenta FICA, de uma maneira global, as autoras perceberam que os pacientes não entregam grande importância à abordagem pela equipe de saúde da R/E talvez pela imensa esperança que cultivam pela máquina de hemodiálise, o que encobre o fato da DRC ser uma doença crônica que leva à terminalidade, e a terapia hemodialítica não ser um tratamento curativo, mas sim paliativo⁽³¹⁾. Segundo uma percepção subjetiva das autoras, os pacientes não encaram as sessões de hemodiálise como parte de um extenso e multifacetado tratamento, mas sim como um compromisso que existe dentro da agenda semanal; depois das sessões, tem o trabalho de casa, os problemas no trabalho, as pendências de filhos, netos. A possibilidade da extensão do tempo de vida que a terapia hemodialítica proporciona, ao passo que é extremamente positiva e benéfica aos pacientes, talvez mitigue a terminalidade inerente ao doente renal crônico, tornando a morte uma possibilidade muito distante, velada pela vida que ainda pulsa dentro de cada um, dentro de cada fistula. Uma alegria ainda estar vivo, mas não em sua plenitude: o paciente pode sair do hospital e ir trabalhar, mas é impossibilitado de fazer a refeição que quiser, por exemplo; ao mesmo tempo que sua vida é prolongada, ela é limitada. Dessa maneira, as autoras endossam a necessidade da comunicação e da ação dos CP com os portadores de DRC com a devida atenção à dicotomia supracitada, além de estender esse esclarecimento também aos familiares, que são afetados grandemente⁽³²⁾.

É possível que a falta de ciência dos pacientes sobre sua taxa de sobrevida seja um reflexo da subestimação da importância de esclarecer um diagnóstico que não tem cura e, ainda, conversar com o paciente sobre sua morte. Ressalta-se que, no período em que as entrevistas eram colhidas, uma paciente de 21 anos veio a óbito, ressaltando a relevância de assuntos como a morte serem abordados a todos os pacientes, antes mesmo do início da terapia hemodialítica e não somente no universo dos Cuidados Paliativos dentro da geriatria ou oncologia⁽³³⁻³⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho demonstra a relevância da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento dos processos de saúde-doença de pacientes renais crônicos em hemodiálise no município de

Araranguá, Santa Catarina. Em consonância com a literatura, o tema representa importante pilar na forma como os indivíduos percebem a própria condição de saúde e enfrentam as adversidades inerentes a uma condição crônica e debilitante. Ademais, evidencia o papel positivo de uma boa convivência entre pacientes e equipe de cuidado para a criação de um senso de pertencimento que torna a hemodiálise, terapêutica sabidamente desafiadora, uma experiência mais leve e acolhedora.

Em contrapartida, o estudo aponta lacunas na compreensão dos pacientes a respeito do teor paliativista da terapia hemodialítica, possivelmente devido à pouca familiaridade dos profissionais da saúde com os CP e a importância de implementá-los ainda em estágios iniciais do cuidado com doentes crônicos.

Por fim, notou-se uma discrepância entre a suposta expectativa dos pacientes por abordagem médica sobre o tema R/E, evidenciada na literatura, e os dados obtidos. Tal percepção abre espaço para novas pesquisas a respeito dos processos envolvidos no entendimento dos pacientes sobre o potencial terapêutico das próprias crenças espirituais e religiosas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AS. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. *Hygeia* [Internet]. 1º de novembro de 2019;15(32):69-7. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>
2. Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* [Internet]. 2018;11:3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30258553/>
3. Moreira ACL, Basniak BBF, Basniak L, Berci M da S, Stival TM. Delaying the progression of chronic kidney disease with the use of sgl2 inhibitors: integrative review. *RSD* [Internet]. 2023 Mar.14;12(3):e22212340670. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40670>
4. Caetano AFP, Alves FAN, França KM da S, Gomes AVF, Silva JC de F. Estágios da doença renal crônica e suas associações com o nível de atividade física, qualidade de vida e perfil nutricional. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2022 May 24;27:1–9. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14745>

5. Nerbass FB, Lima HN, Thomé FS, Vieira Neto OM, Lugon JR, Sesso R. Censo Brasileiro de Diálise 2020. *Braz. J. Nephrol.* 2022;44(3):349-57.
<https://www.scielo.br/j/jbn/a/3Jts9Jdpcy5vc5MFjdMwV3g/?format=pdf&lang=pt>
6. Bitar M, Leimig C, Lira R, Borges Peres F, Gorayeb A, Ferreira C, et al. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise Quality of life, spirituality, religiosity, and hope in chronic renal disease patients in hemodialysis. *Rev Soc Bras Clin Med [Internet]*. 2018;16(1):30–6. Available from:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884990/dezesseis_trinta.pdf
7. Pereira CV, Leite ICG. Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de pacientes em hemodiálise. *Cad saúde colet [Internet]*. 2022 Jul;30(3):349–60. Available from:
<https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030012>
8. Santos RDSS, Sardinha AHDL. QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA. *Enfermagem em Foco*. 2018 Nov 26;9(2).
9. Nerbass FB, Lima HN, Thomé FS, Vieira Neto OM, Lugon JR, Sesso R. Brazilian Dialysis Survey 2020. *Braz. J. Nephrol.* 2022;44(3):349-57.
<https://www.scielo.br/j/jbn/a/3Jts9Jdpcy5vc5MFjdMwV3g/?format=pdf&lang=en>
10. Ribeiro SZR da S, Vidal SA, Oliveira AG de, Silva MIC da, Vicente CD, Lopes LGF. Custos e qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. 2018;1688–95. Available from:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-982176>
11. Bonifácio LG de C, Zoccoli TLV. Palliative care in geriatric: a systematic review. *RSD [Internet]*. 2023Jan.21;12(2):e8412239949. Available from:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39949>
12. Aguiar BF, Silva JP. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2021 Feb 1;10(1):158. doi:
<https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i1.2964>
13. Brasil IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico, v. 2010, p. 11, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
14. Moreira WC, Nóbrega M do PS de S, Lima FPS, Lago EC, Lima MO. Efeitos da associação entre espiritualidade, religiosidade e atividade física na saúde/saúde mental: revisão sistemática. *Rev esc enferm USP [Internet]*. 2020;54:e03631. Available from:
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019012903631>
15. Thiengo, P., Gomes, A., das Mercês, M., Couto, P., França, L., & da Silva, A. (2019). ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA. *Cogitare Enfermagem*, 24. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58692>
16. Monteiro DD, Reichow JRC, Sais E de F, Fernandes F de S. Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no brasil: uma revisão. *Boletim - Academia Paulista de*

Psicologia [Internet]. 2020 Jun 1;40(98):129–39. Available from:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014

17. dos Santos Müller C, Neiva Flores AM. Espiritualidade/ Religiosidade utilizada como recurso de enfrentamento por pacientes com doença renal crônica. HRJ [Internet]. 12º de julho de 2022;3(16):81-103. Disponível em:
<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/483>

18. Calvo C, Adriana Dall Asta Pereira, Rosiane Filipin Rangel, Dirce Stein Backes, Carla Lizandra de Lima Ferreira, Patrine Paz Soares, Rafaela Machado Pena de Matos. DOENÇA RENAL CRÔNICA: INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO . South. Am. J. Bas. Edu. Tec. Technol [Internet]. 3º de junho de 2020;7(1):541-57. Disponível em:
<https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/3137>

19. Lucchetti G, Lucchetti AL, Avezum Júnior Á. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. Rev bras cardiol (Impr) [Internet]. 2011;55–7. Available from:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-591088>

20. Franco VF. Emergência espiritual: uma revisão sistemática do estado atual da pesquisa e seus desdobramentos clínicos e conceituais. repositoriopucspbr [Internet]. 2020 Dec 11 [cited 2022 Sep 24]; Available from: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/23661>

21. Teixeira MZ. Interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade: importância do ensino, da pesquisa e da assistência na educação médica. Rev. Med. (São Paulo) [Internet]. 23 de abril de 2020;99(2):134-47. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/149273>

22. Delgado-Guay MO. Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2014 Sep;8(3):308–13.

23. Jacintho J de O, Abreu LM de, Becker R, Gontijo CMM, Santos ME, Romera FA, Silva M de O, Barra A de A, Barreto LB. ABORDAGEM TEÓRICO-PRÁTICA DA ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS. Rev. UFG [Internet]. 6º de agosto de 2018;17(20). Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/51766>

24. Koenig, HG. Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê. 2ed. São Paulo: FE Editora; 2012.

25. Flick, U. Introdução à pesquisa qualitativa-3. Artmed editora;2008.

26. Minayo, MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2010. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2014.

27. Silva CE da, Ferreira Ítalo S, Silva EFS, Costa ARL, Cavalcante R de C. CUIDADOS PALIATIVOS E ESPIRITUALIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. gepnews [Internet]. 19º de agosto de 2022;6(1):13-9. Disponível em:
<https://seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/13971>

28. Ribeiro WA, Jorge B de O, Queiroz R de S. Repercussões da hemodiálise no paciente com doença renal crônica: uma revisão da literatura. *Revista Pró-UniverSUS* [Internet]. 2020 Jun 16;11(1):88–97. Available from: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2297>
29. Valente TC de O, Tavares Quelho C, Rodrigues Cavalcanti AP, de Oliveira Carmo H. ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E SAÚDE: VELHOS DEBATES, NOVAS PERSPECTIVAS. *Interações* [Internet]. 30º de dezembro de 2016;11(20):85-7. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2016v11n20p85>
30. Mello ML, Oliveira SS. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saude soc* [Internet]. 2013Oct;22(4):1024–35. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400006>
31. Gonçalves C dos S. As representações sociais sobre a doença renal crônica. *acervodigitalufprbr* [Internet]. 2013 Mar 18; Available from: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/29754>
32. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 2020 May;60(4):754–64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420302475>
33. Barros ARP de, Borges S, Lemos KC. Doença renal crônica e cuidado paliativo: avaliação dos sintomas, estado nutricional, funcionalidade e percepção do tratamento dialítico / Chronic kidney disease and palliative care: assessment of symptoms, nutritional status, functionality and perception of dialysis treatment. *Braz. J. Develop.* [Internet]. 2022 Mar. 8;8(3):16655-80. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/44892>
34. Fassett RG, Robertson IK, Mace R, Youl L, Challenor S, Bull R. Palliative care in end-stage kidney disease. *Nephrology*. 2010 Dec 23;16(1):4–12. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1797.2010.01409.x>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, precisa-se exaltar a organização proposta pelo curso para a criação do TCC, com o espaço de 3 semestres para fazê-lo: TCC I, TCC II e TCC III. Isso foi essencial. Diferente de outras Escolas Médicas, tivemos o privilégio de poder começar o Internato com esse compromisso “feito”, com a feliz notícia de poder focar completamente nessa nova fase que tanto aguardamos. Com calma, pudemos elaborar nosso tema, considerar outros temas, pensar com calma e executar nossas entrevistas com uma boa margem de tempo, possibilitada pela organização proposta pela disciplina.

A experiência do estudo qualitativo foi uma verdadeira montanha-russa: uma imersão dentro da medicina misturada com antropologia, se assim podemos dizer. Entrevistamos desde pacientes completamente colaborativos até pacientes que respondiam ao questionário apenas por responder, sem grandes reflexões ou valores trazidos ao trabalho; com esses pacientes, aprendemos o que lemos na literatura: o processo hemodialítico, de fato, altera a qualidade de vida dos pacientes: os que não responderam de forma grandiosa não o fizeram pelo cansaço, pelo enjoo, pela dor de cabeça, por todos os motivos que expomos acima. Embora a percepção externa nos mostre pacientes “saudáveis”, eles ainda sim são pacientes em um estágio terminal, e, portanto, sofrem por muitos motivos, por vezes inaparentes a nós. Por fim, podemos dizer que, dos pacientes que nos ajudaram a adentrar a realidade subjetiva da Espiritualidade e Religiosidade, tiramos lições valiosas não apenas para esse trabalho, mas para nossas vidas e carreiras médicas.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

Nome do participante: _____

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tem o objetivo de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada "A Importância Da Espiritualidade No Manejo Da Doença Renal Crônica Em Pacientes Hemodialíticos Do Extremo Sul Catarinense". Esta é uma pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso das discentes Barbara Marjorie Schwabe e Nadine Edda Corrêa e orientada pelos professores Ms^a Christine Zomer Dal Molin e Ms Gabriel Hahn Monteiro Lufchtiz, da Universidade Federal de Santa Catarina - Campus Araranguá e está fundamentada nas exigências da Resolução N^o 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, antes de assinar este termo, é importante que você leia as informações contidas neste documento, que informa a proposta e os procedimentos que serão utilizados para a realização da pesquisa, aspectos legais, riscos e benefícios.

1. OBJETIVO DO ESTUDO: Avaliar a influência clínica da espiritualidade/religiosidade no contexto da Doença Renal Crônica, em pacientes hemodialíticos atendidos no município de Araranguá-SC.

2. **DESCRIÇÃO DO ESTUDO:** A sua participação nesta pesquisa inclui a aplicação de um questionário que avalia quatro domínios da espiritualidade/religiosidade, intitulado Ferramenta FICA (F: fé/crenças; I: importância ou influência; C: comunidade e A: ação no tratamento) em entrevista individual realizada pelas pesquisadoras no setor de hemodiálise do Hospital Regional de Araranguá.
3. **RISCOS E DESCONFORTOS:** Os procedimentos utilizados neste estudo apresentam possibilidade de risco mínimo. A aplicação do questionário poderá causar algum aborrecimento ou desconforto pessoal, como evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis nos participantes, mas que passará com a finalização do mesmo. Além disso, as informações serão coletadas de forma individual e somente as responsáveis pela pesquisa terão acesso a elas, garantindo sigilo. Há remoto risco de quebra de sigilo, ainda que de forma involuntária e não intencional, com potenciais consequências na vida pessoal e profissional dos participantes.
4. **DANOS AO PARTICIPANTE:** Caso você tenha prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, você poderá solicitar indenização, garantida pela resolução 466/12 do CNS, conforme legislação vigente e amplamente consubstanciada.
5. **ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** Você terá direito ao acompanhamento e assistência dos profissionais da saúde envolvidos nesta pesquisa, de forma integral, imediata e gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa. Também terá encaminhamento para tratamento quando for o caso, além de potenciais benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento da pesquisa.
6. **BENEFÍCIOS:** As informações obtidas a partir deste estudo possibilitarão a análise da importância da espiritualidade/religiosidade para pacientes hemodialíticos atendidos no Hospital Regional de Araranguá. Ademais, trarão maior compreensão às equipes de saúde sobre como abordar o tema durante o cuidado de pacientes crônicos, com ênfase em pacientes hemodialíticos.
7. **ASPECTO LEGAL:** Este termo foi elaborado conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde - Brasília - DF. Você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética local (CEPSH-UFSC), Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis - SC, CEP 88.040-400, contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em

sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

8. LOCAL DA PESQUISA: As atividades serão realizadas no setor de Hemodiálise do Hospital Regional de Araranguá.

9. RETIRADA DO CONSENTIMENTO: Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem qualquer penalização.

10. INFORMAÇÕES: Como voluntário(a) da pesquisa, você terá a garantia de que receberá a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa por parte das pesquisadoras.

11. GARANTIA DE SIGILO: As pesquisadoras asseguram sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. As pesquisadoras reforçam que os procedimentos que asseguram a confidencialidade e a privacidade serão realizados em sua totalidade. Asseguramos que os dados obtidos com essa pesquisa não serão usados para outros fins além dos previstos neste consentimento livre e esclarecido.

12. RUBRICA, ASSINATURA E NÚMERO DE VIAS: Caso você aceite participar voluntariamente desta pesquisa deverá manifestar o seu interesse mediante sua assinatura e rubricar todas as páginas deste documento. O TCLE é elaborado em duas vias, você receberá uma delas. Ambas serão devidamente assinadas e rubricadas pelo(a) participante e pela pesquisadora responsável.

13. CONTATO: Caso tenha dúvidas ou perguntas a respeito do estudo, você poderá contatar a responsável pelo telefone (48) 99984-3466 ou pelo e-mail christinezdm@hotmail.com.

Asseguramos antecipadamente que:

a. Você somente participará da pesquisa com a sua autorização, por meio da entrega deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado;

b. Será garantido aos participantes a privacidade à sua identidade, confidencialidade e o sigilo de suas informações em sua totalidade;

c. Você terá liberdade para recusar de a participar da pesquisa e, após aceitar, também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade ou prejuízo;

d. A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária e gratuita;

e. Não haverá nenhum custo aos participantes deste estudo, no entanto se você tiver algum custo com a participação na pesquisa, despesas suas e de seus acompanhantes, quando necessário, como transporte e alimentação, essas despesas serão ressarcidas pelas pesquisadoras.

Sua assinatura abaixo significa que você leu e compreendeu todas as informações e concorda em participar da pesquisa.

Identificação e declaração de consentimento do voluntário:

Eu, _____, li e entendi todas as informações contidas nesse termo de consentimento e, assino abaixo, confirmando através deste documento meu consentimento para participação no presente estudo. Estou ciente que estou participando de maneira voluntária de uma pesquisa desenvolvida por professores e alunas da Universidade Federal de Santa Catarina e que tenho a liberdade de sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

Assinatura: _____

Araranguá - SC, data: ___ / ___ / _____

Declaração das pesquisadoras: Declaro, para fins da realização da pesquisa, que cumprirei todas as exigências acima, na qual obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante.

Pesquisadora responsável: Christine Zomer Dal Molin – (48) 99984-3466 – christinezdm@hotmail.com. Rodovia Governador Jorge Lacerda, nº 3201 - Km 35,4 - Bairro: Jardim das Avenidas. CEP: 88906-072 – Araranguá - SC

Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP SH
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, 7º andar, sala 701, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400 Telefone: (48) 3721-6094 -

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Agradecemos sua participação.

ANEXO A - Ferramenta FICA

Ferramenta FICA

F: FÉ/ CRENÇA

1. Você se considera religioso ou espiritualizado?

2. Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com os problemas?

3. Se não: O que te dá significado na vida?

I: IMPORTÂNCIA OU INFLUÊNCIA

1. Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida?

2. A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresses ou problemas de saúde?

3. Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?

C: COMUNIDADE

1. Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual?

2. Ela te dá suporte, como?

3. Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você?

4. Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?

A: AÇÃO NO TRATAMENTO

1. Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área de saúde considerasse a questão religiosidade/espiritualidade no seu tratamento?

ANEXO B - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Importância Da Espiritualidade No Manejo Da Doença Renal Crônica Em Pacientes Hemodialíticos Do Extremo Sul Catarinense

Pesquisador: CHRISTINE ZOMER DAL MOLIN

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60870522.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.612.089

Apresentação do Projeto:

Trabalho de conclusão de curso de Barbara Marjorie Schwabe e Nadine Edda Corrêa do Curso de Graduação em Medicina, orientada por Christine Zomer Dal Molin e coorientada por Gabriel Hahn Monteiro Lufchtiz.

RESUMO

Introdução: A tendência epidemiológica do envelhecimento da população mundial é visualizada no Brasil como a emergência de grandes problemas de saúde pública. Entre as diversas consequências de uma transição epidemiológica dentro de um país subdesenvolvido, o surgimento de altos níveis de doenças crônicas degenerativas evidencia a necessidade da propedêutica médica em torno do assunto. Atualmente, o conceito em qualidade de vida ao envelhecer é considerado como um conjunto de domínios objetivos e subjetivos individuais. Entre os fatores subjetivos, há a espiritualidade/religiosidade. Essa tem sido estudada como um importante fator na condução do processo saúde-doença, no entanto, tem sido negligenciada pela equipe médica, que acaba por não abordar este assunto com os pacientes. Considerando as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes atualmente, tem-se a Doença Renal Crônica: um problema de saúde pública que compromete grandemente a qualidade de vida do indivíduo, que é obrigado a mudar seus hábitos e estilo de vida em detrimento de um tratamento. Objetivo: Avaliar a influência clínica da espiritualidade/religiosidade no contexto da Doença Renal Crônica, em pacientes hemodialíticos

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 01 de 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.612.089

atendidos no município de Araranguá-SC. Metodologia: A metodologia adotada foi um estudo observacional descritivo transversal, com abordagem qualitativa, através da aplicação do questionário FICA (F: fé/crenças; I: importância ou influência; C: comunidade e A: ação no tratamento). Esse estudo visa ratificar a importância do segmento religioso/espiritual na condução do processo de adoecimento do paciente com Doença Renal Crônica, considerando essa variável como uma parte inerente e indiscutível na anamnese e condução clínica da DRC.

Estudo retrospectivo e prospectivo, com previsão de 60 participantes.

Critérios de inclusão: Pacientes do sexo feminino e masculino, Idade igual ou superior a 18 anos, Pacientes com as faculdades mentais preservadas, Pacientes em hemodiálise há pelo menos 3 meses.

Critérios de exclusão: Pacientes incapazes de responder ao questionário, Pacientes em hemodiálise para tratamento de Insuficiência Renal Aguda.

Os participantes serão submetidos a: questionários.

Objetivo da Pesquisa:**OBJETIVO GERAL**

Avaliar a influência da espiritualidade/religiosidade no manejo da Doença Renal Crônica, em pacientes hemodialíticos atendidos no município de Araranguá-SC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar a ferramenta FICA em pacientes hemodialíticos com Doença Renal Crônica atendidos em Araranguá-SC;

Avaliar as respostas obtidas e sua relevância na condução da Doença Renal Crônica pelo paciente;

Identificar a importância da abordagem da espiritualidade/religiosidade pela equipe de saúde durante o tratamento hemodialítico, sob a perspectiva dos pacientes;

Demonstrar a aplicabilidade da Ferramenta FICA pela equipe de saúde como estratégia de abordagem da espiritualidade/religiosidade durante o atendimento a pacientes hemodialíticos.

METODOLOGIA

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 02 de 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.612.089

Esta pesquisa trata-se de um estudo observacional descritivo transversal, com abordagem qualitativa, através da obtenção de dados primários a partir da aplicação da Ferramenta de História Espiritual FICA (Apêndice A) em pacientes renais crônicos em terapia de reposição renal hemodialítica no município de Araranguá-SC.

Os dados serão obtidos a partir da aplicação da versão brasileira da Ferramenta FICA, publicada por Koenig (2010). A ferramenta FICA consiste em uma entrevista com 11 perguntas abertas que explora quatro domínios do aspecto espiritual: a presença de Fé, crença ou significado; a importância da espiritualidade na vida dos indivíduos e a influência desse sistema de valores nas suas decisões em saúde; a Comunidade espiritual do indivíduo; e Ações no cuidado direcionadas pelas informações colhidas (de Oliveira Jacintho, Jéssica, et al, 2017).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise adequada dos riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pelo/a pesquisador/a responsável e pela autoridade institucional competente.

Consta declaração da instituição onde será realizada a pesquisa, autorizando-a e comprometendo-se a cumprir os termos da res. 466/12.

O cronograma informa que a coleta de dados acontecerá a partir de 01/10/2022.

O orçamento informa despesas de R\$ 9.377,00 com financiamento próprio.

Consta do processo o questionário a ser aplicado aos participantes.

O TCLE é esclarecedor a respeito de objetivos, procedimentos, riscos e direitos dos participantes e cumpre as exigências da res. 466/12.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 03 de 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.612.089

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1981098.pdf	09/08/2022 17:19:51		Aceito
Parecer Anterior	CARTA_RESPOSTA.pdf	09/08/2022 17:19:25	barbara marjorie schwabe	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_.pdf	09/08/2022 17:16:45	barbara marjorie schwabe	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ANEXO_A.pdf	09/08/2022 17:14:54	barbara marjorie schwabe	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_PlatBR_preenchida.pdf	19/07/2022 13:36:51	Nadine Corrêa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao.pdf	11/07/2022 16:03:18	Nadine Corrêa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 04 de 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.612.089

FLORIANOPOLIS, 29 de Agosto de 2022

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 05 de 05

ANEXO C - Normas de Submissão da Revista Saúde Santa Maria

1 DIRETRIZES PARA AUTORES

Artigos originais: destinados a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída. A sua estrutura deve conter os seguintes itens: Resumos, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações Finais e Referências (máximo 300 palavras-resumo, 3.500 palavras-artigo e até 30 referências).

2 NORMAS DE FORMATAÇÃO

2.1 PÁGINA DE TÍTULO

Título completo: deve constar título completo (no idioma português e em inglês) ou para manuscrito em inglês (no idioma inglês e em português) ou para manuscrito em espanhol (no idioma espanhol e em inglês). (máximo 50 palavras).

2.2 RESUMO

Conter as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos, em português e inglês (ou em outros idiomas como no título). Para os artigos originais, devem ser estruturados: Objetivo, Métodos, Resultados e Considerações Finais. Para os artigos das demais seções: não deve ser estruturado. (máximo 300 palavras).

2.3 DESCRITORES

- a) Devem ser fornecidos no mínimo três e máximo cinco termos em português e inglês (ou em outros idiomas como no título).
- b) Os descritores devem ser baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do *Medical Subject Headings* (MeSH), da *National Library of Medicine*, e está disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

2.4 APRESENTAÇÃO DO TEXTO

- a) Devem ser submetidos em arquivo Word®.
- b) Corpo do texto: apresentado em folha A4, com fonte Times New Roman, tamanho 12, possuir espaçamento 1,5 (entrelinhas).
- c) Deverá ser iniciado pela introdução e apresentado de maneira contínua, sem novas páginas para cada subtítulo.
- d) As imagens e tabelas devem estar contidas no texto.
- e) Para qualquer dúvida: seguir normas Vancouver.

2.5 TABELAS

- a) Devem ser numeradas consecutivamente e inseridas após sua citação no texto (não deve vir em arquivo separado).
- b) Devem conter um título conciso, porém explicativo.
- c) Conteúdo em fonte 12 com espaçamento simples.
- d) Não usar linhas horizontais ou verticais internas.
- e) Colocar no rodapé da tabela notas explicativas, quando necessária e legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.
- f) No máximo quatro

2.6 IMAGENS

- a) Todas as figuras (desenhos, gráficos, fotografias e quadros) devem estar citadas no texto e ser submetidas no tamanho exato ou acima do pretendido para a publicação.
- b) A numeração deve ser sequencial na ordem em que foram citadas no texto.
- c) Se as figuras já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor, constando, na legenda da ilustração, a fonte original de publicação.
- d) No máximo quatro

2.7 CITAÇÕES

- a) As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, na medida em que ocorrerem no texto.
- b) As citações devem ser realizadas utilizando numeração arábica, sobrescrita, em ordem numérica crescente, com vírgula (Exemplo: Enfermagem^{1,2,3})

2.8 REFERÊNCIAS

- a) A quantidade de referências deve estar de acordo com a categoria do manuscrito.
- b) As referências listadas serão normatizadas de acordo com o "Estilo Vancouver", norma elaborada pelo International Committee of Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>).
- c) Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journals Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).
- d) Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina “et al.”.
- e) Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. Ao citar as referências, tenha cuidado, para evitar o erro no nome dos autores, na citação do periódico, ano, volume e no número de páginas. Para tanto, recomenda-se o uso do DOI.
- f) A apresentação das referências listadas deverá ser em espaço simples, sem parágrafos, sem recuos e ordenadas numericamente de acordo com a ordem apresentada no texto.
- g) As referências devem estar atualizadas e não mais de 10 anos.

2.9 AGRADECIMENTOS

Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor. Inserir agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico etc.