UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DANIELE KAROLINE SANTANA TORQUATO

HELLEN CRISTINY DOS SANTOS

FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

ARACAJU-SE
Fevereiro de 2019

DANIELE KAROLINE SANTANA TORQUATO

HELLEN CRISTINY DOS SANTOS

FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado como um dos pré-requisitos para obtenção do título de bacharel em Enfermagem pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe-UFS.

Orientadora: Profª Drª Andreia Centenaro Vaez.

ARACAJU-SE
Fevereiro de 2019

DANIELE KAROLINE SANTANA TORQUATO

HELLEN CRISTINY DOS SANTOS

FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado como um dos pré-requisitos para obtenção do título de bacharel em Enfermagem pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe-UFS.

Aracaju- SE, _____/_____/ 2019

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª Drª Andreia Centenaro Vaez
Orientadora

_____

Profº Me Damião da Conceição Araújo
1º Examinador

_____

Enfermeira Damaris Silva dos Santos
2º Examinador

“A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos”.

Charles Chaplin

DEDICATÓRIAS

Á Deus, por ter nos dado o fôlego da vida e ser a luz que ilumina nosso caminho.

Ás nossas famílias que estiveram ao nosso lado de forma paciente durante todo processo de construção, mas que principalmente estiveram conosco em todos os anos de estudos e dedicação, nos apoiando e incentivando.

Concluímos que não existe alegria, se não houver conquista e não existe conquista, sem luta, hoje podemos dizer que lutamos e vencemos, superamos as nossas dificuldades, medos e por vezes desesperos, mas tudo isso resultou em mais um sonho realizado.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Andreia Centenaro Vaez, que possibilitou o ingresso ao programa de iniciação científica. Agradecemos o privilégio de tê-la como orientadora, pela força e o apoio.

À Enfermeira Carolina Santos Souza Tavares, nossa co-orientadora, pelas inúmeras contribuições realizadas na coleta de dados e construção do artigo.

Ao professor Damião da Conceição Araújo pelos auxílios na análise estatística.

À Enfermeira Damaris Silva dos Santos, aos pacientes e funcionários da Nefroclínica pela receptividade, paciência e colaboração durante a coleta de dados.

RESUMO

Introdução: Os pacientes renais sofrem influência de fatores estressores que predispõem sintomas depressivos e progressão da doença, considerada um problema de saúde pública. Sendo assim, o objetivo deste estudo é analisar os fatores associados à resiliência em pacientes submetidos à terapia renal substitutiva em clínica de nefrologia de Aracaju. **Método:** Estudo observacional de corte transversal, com abordagem descritiva. Amostra não probabilística por conveniência, composta por 116 participantes submetidos ao tratamento dialítico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano da Universidade Federal de Sergipe e o termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido para todos os participantes. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, utilizando o Inventário de Depressão de Beck, a escala de Resiliência e a Escala de Percepção de Suporte Social e analisados pelo programa *Bioestat 5.3*, aplicando o teste do quiquadrado de Pearson para associação entre as variáveis dos grupos. **Resultados:** O estudo revelou que a maioria dos pacientes em hemodiálise reside em área urbana e os em diálise peritoneal, em área rural. A regressão linear demonstrou que, o baixo nível de depressão e o alto nível de satisfação de suporte social são fatores determinantes para uma boa resiliência nas duas amostras. **Conclusão:** Em ambos os grupos evidenciou-se variáveis preditoras explicativas para uma resiliência moderada, sinais e sintomas depressivos leves e um bom suporte social. Os dados coletados possibilitam à equipe multidisciplinar conhecer amplamente os pacientes e minimizar as causas de evasão do tratamento.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica. Diálise Renal. Resiliência Psicológica. Apoio Social. Depressão.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Associação do tipo de tratamento com as variáveis demográficas e socioeconômicas dos pacientes submetidos à terapia renal substitutiva. Aracaju, SE, Brasil, 2018..... 15

Tabela 2 Caracterização do histórico das doenças pregressas e complicações da terapia renal substitutiva dos pacientes renais crônicos. Aracaju, SE, Brasil, 2018..... 16

Tabela 3 Média dos escores da Resiliência, Suporte social e Depressão dos pacientes renais crônicos. Aracaju, SE, Brasil, 2018..... 16

Tabela 4 Classificação dos níveis de Resiliência, Suporte social e Depressão dos pacientes renais crônicos. Aracaju, SE, Brasil, 2018..... 17

Tabela 5 Regressão Linear da resiliência e fatores associados à resiliência em pacientes em terapia renal substitutiva. Aracaju, SE, Brasil, 2018..... 17

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

DP- Diálise Peritoneal

DRET- Doença renal em estágio terminal

ESSS- Escala de Satisfação com o Suporte Social

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HD- Hemodiálise

IDB- Inventário de Depressão de Beck

IRC- Insuficiência renal crônica

KDIGO- Kidney Disease Improving Global Outcomes

QV- Qualidade de Vida

SBN- Sociedade Brasileira de Nefrologia

TFG- Taxa de Filtração Glomerular

TRS- Terapia Renal Substitutiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....10

2 MÉTODO..... 11

2.1 Delineamento e universo do Estudo.....11

2.2 Aspecto ético e viés do estudo.....12

2.3 Casuística e sistemática de dados.....12

2.4 Análise estatística.....13

3 RESULTADOS.....14

4 DISCUSSÃO..... 18

5 CONCLUSÃO..... 19

REFERÊNCIAS.....21

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA 24

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.... 25

ANEXO A – Inventário De Depressão De Beck (IDB) 26

ANEXO B - ESCALA DE RESILIÊNCIA..... 27

ANEXO C- ESCALA DE PERCEPÇÃO DO SUPORTE SOCIAL 28

ANEXO D – PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA 29

ANEXO E- NORMAS DA REVISTA.....32

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença lenta e insidiosa que resulta da redução irreversível da quantidade e função dos néfrons, a principal unidade funcional dos rins. Na fase mais avançada, chamada de doença renal em estágio terminal (DRET), os rins são incapazes de remover os produtos de degradação metabólicos do organismo, exigindo terapia de substituição renal em uma base permanente (ROMÃO JUNIOR, 2004; XAVIER et al., 2018).

A DRET é considerada um problema de saúde pública que atinge de 10 a 13% da população adulta em países desenvolvidos (MARINHO, 2017). No Brasil, a prevalência é de 610 por milhão da população (SBN; 2017). Sendo considerada como uma das principais causas de incapacidade e morte (WEBSTER et al., 2017).

A ênfase do tratamento dar-se-á na sobrevida do paciente através do início de terapias renais substitutivas (TRS), na qual, o cuidado é determinado prioritariamente por questões financeiras em detrimento de questões que envolvam, por exemplo, a qualidade de vida (QV) do paciente. A limitação de recursos disponíveis, afeta não somente a QV, como também, o manejo de complicações da doença e da saúde mental (AWUAH, FINKELSTEIN, FINKELSTEIN; 2011).

Entre as modalidades terapêuticas disponíveis para DRET destacam-se o tratamento conservador e a terapias renais substitutivas, são elas: hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante. (FERNANDES et al., 2013). A HD é o método de diálise mais comumente empregado para remover substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e excesso de água, requerendo cuidado intensivo devido possibilidade de intercorrências clínicas (RODRIGUES, BOTTI, 2009).

A diálise peritoneal é uma terapia renal alternativa à hemodiálise, que consiste na infusão, retenção e drenagem para o interior do abdome, de uma solução balanceada e aquecida à temperatura próxima à do corpo. Nesse procedimento, o peritônio, uma membrana fina de revestimento de órgãos abdominais e da parede abdominal, é utilizado como membrana de troca por possuir muitos vasos capilares e linfáticos. (TAVARES, LISBOA; 2015).

Nos pacientes renais, fatores estressores causados pela doença podem influenciar no desenvolvimento de sintomas depressivos (MA et al., 2017) e na progressão da enfermidade, portanto, são necessárias intervenções que fortaleçam os

aspectos psicológicos e comportamentais dos pacientes e familiares (MARTORELLI, MUSTACA; 2004).O reconhecimento dos papéis funcionais e a participação de grupos terapêuticos estão entre as modalidades terapêuticas capazes de fortalecer a adaptação ao estresse, melhorando prognóstico do paciente (MA et al., 2017).

Entre as diversas as estratégias utilizadas pelo portador de da DRET para confrontar dificuldades impostas pelo tratamento destaca-se a resiliência, definida como a capacidade que o indivíduo tem de encarar esses eventos adversos e conseguir superá-lo e destes obter um aprendizado e que varia de pessoa para pessoa (SANTOS; COSTA, 2016).

Outro fator que influencia diretamente no enfrentamento da doença é o suporte social, definido como recursos materiais e psicológicos que o indivíduo possui através de suas relações sociais (SIQUEIRA, 2008), que tem sido considerado como um agente facilitador na evolução da doença e sua implementação é sugerida como método de avaliação para detecção precoce de adesão a modalidade terapêutica escolhida (SILVA et al., 2016). Logo, a rede de suporte social e a resiliência são consideradas como fatores protetores na progressão de sintomas depressivos (LIU et al., 2018).

Estudos com esta população contribuem na identificação de fatores que possam comprometer a continuidade do tratamento e consequentemente um pior prognóstico, além de possibilitar melhor direcionamento da equipe multidisciplinar às necessidades reais dos pacientes. Ressalta-se que até o momento há um número reduzido de estudos que avaliam sintomas depressivos, resiliência e suporte social em pacientes renais crônicos, independente da modalidade terapêutica. Diante disso, o objetivo do estudo foi analisar os fatores associados à resiliência em pacientes submetidos à terapia renal substitutiva.

2 MÉTODO

2.1 Delineamento e Universo do estudo

Estudo observacional de corte transversal, com abordagem descritiva, realizado com pacientes portadores de DRET submetidos ao tratamento dialítico em clínica de nefrologia de nível terciário que presta serviço ao Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe.

Este é o menor estado da unidade federativa com extensão territorial (21,918 km^2). Sergipe apresenta taxa de prevalência de pacientes em tratamento dialítico 447

por 1 000 000 da população (SBN, 2017), sendo o estado com maior demanda de pacientes que precisam de transplante renal, além dos que permanecem internados aguardando vaga nas clínicas de diálise.

2.2 Aspecto ético e viés do estudo

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano da Universidade Federal de Sergipe sob parecer número 2.801697 e CAAE: 91614218.0.0000.5546. Os pesquisadores e as equipes de saúde envolvidas nos cuidados dos pacientes submetidos à hemodiálise e diálise peritoneal foram cegos para os resultados até a finalização do estudo, reduzindo o risco de viés de responsabilidade social e de relato associado à confidencialidade (COOK, 2010).

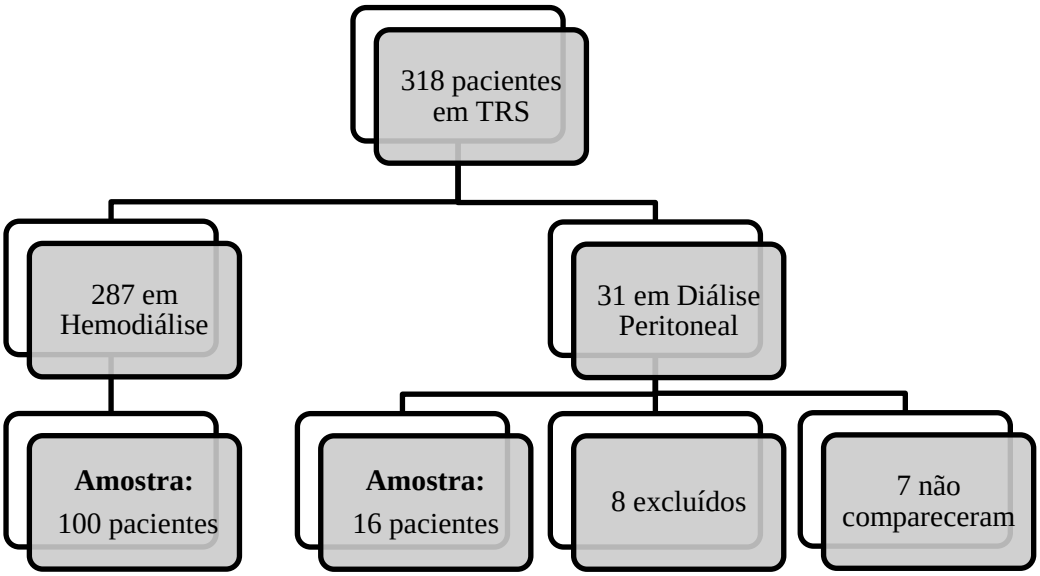
2.3 Casuística e sistemática da coleta de dados

A amostra foi não probabilística por conveniência composta por 116 pacientes diagnosticados DRET e submetidos a mais de 30 dias ao tratamento de hemodiálise ou diálise peritoneal.

Conforme as diretrizes do Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), o diagnóstico de IRC foi definido como presença de um ou mais marcadores de lesão do parênquima renal e/ou de um ritmo de filtração glomerular (TFG) abaixo de 60 mL/min/1,73 m² acima de três meses. Quando a TFG é menor que 15 mL/min/1,73 m², a doença renal encontra-se na fase terminal, necessitando de terapia renal (NATIONAL DISEASE, 2013).

Como critérios de exclusão adotou-se idade inferior a 18 anos, diagnóstico prévio de transtornos mentais ou psicomotores que interfiram na entrevista, pacientes em trânsito ou que durante a coleta estavam internados em instituições hospitalares.

A população total com DRET em tratamento dialítico na clínica era de 287 para o grupo de hemodiálise e 31 para o grupo de diálise peritoneal. Destes, 124 pacientes foram abordados durante a coleta de dados, sendo excluídos da pesquisa oito pacientes: dois com idade inferior a 18 anos, um não possuía capacidade cognitiva para responder aos questionários, dois eram previamente diagnosticados com transtornos mentais, dois pacientes estavam internados para realização de transplante e uma internada para tratamento de depressão. Sete pacientes em DP não compareceram a clínica no período da aplicação dos questionários.



Fluxograma 01: Delineamento da amostra dos pacientes renais crônicos.

A coleta de dados ocorreu no período de Agosto a Setembro de 2018. Para os pacientes de HD, o questionário era aplicado durante a terapia, enquanto que para os em DP, a aplicação ocorria antes da coleta mensal. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram aplicados os questionários para coleta dos dados demográficos e socioeconômicas, histórico da doença, Inventário de Depressão de Beck (IDB), escala de resiliência e suporte social.

2.4 Análise estatística

Os níveis dos sintomas depressivos foram avaliados pro meio do IDB, composto por 21 itens com graus crescentes de cada sintoma. Os níveis de depressão são categorizados em: 0 a 11 (mínimo); 12 a 19 (leve); 20 a 35 (moderado); e, 36 a 63 (grave) (GANDINI et al., 2007).

Com relação ao grau de resiliência do indivíduo submetido a situações adversas, foi analisada pela escala de resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993), esta possui 25 itens, agrupados em três fatores: I – Resoluções de Ações e Valores; II – Independência e Determinação; e, III – Autoconfiança e Capacidade de Adaptação descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) com escore total oscilando entre 25 e 175 pontos (PESCE et al., 2005). Escores individuais menores que 121, entre 121 e 145 e maiores

que 145, respectivamente, são indicativos de “reduzida resiliência”, “resiliência moderada” e “resiliência elevada” (LI et al., 2008).

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) é composta por 15 itens em escala tipo likert variando de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente) e escore total variando entre 15 e 75 pontos sendo a pontuação mais alta indicativo de maior suporte social, permitindo avaliar a satisfação social em quatro componentes: satisfação com as amizades, familiares, intimidade e atividades sociais (RIBEIRO, 2011). A pontuação da escala expressa três níveis de suporte social: alto (de 51 a 75 pontos), médio (26 a 50 pontos) e baixo (menor que 25 pontos). (GONÇALVES et al., 2011).

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel 2013 e* analisados com o auxílio do *Bioestat 5.3.* As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa, e aplicou-se o teste do quiquadrado de Pearson para associação entre as variáveis dos grupos. A depressão, resiliência e suporte social foram avaliados conforme sintaxe dos autores das escalas. A regressão linear simples e múltipla foi aplicada para verificar o grau de associação e dependência das variáveis considerando $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

O estudo incluiu 116 pacientes com idade entre 22 e 82 anos (53,7± 14,1 anos), sendo 100 pacientes em tratamento por hemodiálise e 16 em dialise peritoneal. Nos pacientes submetidos a HD observou-se que a maioria era do sexo masculino (52%), casados, residente na zona urbana (88%), com ensino médio completo, que não exercem atividades laborais (93%) e com renda familiar entre um e três salários mínimos (73%). Enquanto que entre os pacientes submetidos à DP evidenciou-se que a maioria era do sexo feminino (62,5%), residia na zona rural (75%), casados, com ensino médio completo, que não exerce atividade laboral (75%) e renda entre um e três salários mínimos (62,6%).

Na associação entre o tipo de tratamento com as variáveis demográficas e socioeconômicas apenas o local de residência foi significativo que demonstra que os pacientes em HD residem em área urbana e os em DP residem em área rural (Tabela 1).

Tabela 1 - Associação do tipo de tratamento com as variáveis demográficas e socioeconômicas dos pacientes submetidos à terapia renal substitutiva. Aracaju, SE, Brasil, 2018.

Variável/categoria	Hemodiálise (n=100)	Diálise Peritoneal (n=16)	p-valor*
Idade (média/Dp)	53,1 ± 14,3	57,5 ± 12,3	0,09
Sexo (n/%)			0,29
Feminino	48 (48,0)	10 (62,5)	
Masculino	52 (52,0)	6 (37,5)	
Área de residência (n/%)			
Urbana	88 (88,0)	4 (25,0)	**0,00**
Rural	12 (12,0)	12 (75,0)	
Reside em casa própria			0,09
Sim	86 (86,0)	11 (68,7)	
Não	14 (14,0)	5 (31,3)	
Situação conjugal anterior ao tratamento (n/%)			0,13
Casado (a)	46 (46,0)	8 (50,0)	
Solteiro (a)	24 (24,0)	2 (12,5)	
Viúvo (a)	7 (7,0)	2 (12,5)	
União estável	14 (14,0)	4 (25,0)	
Separado (a)	9 (9,0)	0	
Situação conjugal após o início do tratamento (n/%)			0,07
Casado (a)	49 (49,0)	8 (50,0)	
Solteiro (a)	20 (20,0)	1 (6,3)	
Viúvo (a)	8 (8,0)	2 (12,5)	
União estável	12 (12,0)	3 (18,7)	
Separado (a)	11 (11,0)	2 (12,5)	
Residentes no domicilio (n/%)			0,08
1	8 (8,0)	0	
2	32 (32,0)	7 (43,7)	
3	17 (17,0)	6 (37,6)	
4	19 (19,0)	0	
5 e +	24 (24,0)	3 (18,7)	
Escolaridade (n/%)			0,11
Sem escolaridade	6 (6,0)	1 (6,2)	
Fundamental I	17 (17,0)	3 (18,7)	
Fundamental II	20 (20,0)	3 (18,7)	
Ensino médio	40 (40,0)	6 (37,5)	
Superior incompleto	2 (2,0)	0	
Superior completo	15 (15,0)	3 (18,7)	
Trabalha (n/%)			0,09
Sim	7 (7,0)	4 (25,0)	
Não	93 (93,0)	12 (75,0)	
Renda			
Menor que 1 salário mínimo	3 (3,0)	1 (6,2)	0,25
Entre 1 e 3 salários mínimos	73 (73,0)	10 (62,6)	
Entre 4 e 6 salários mínimos	17 (17,0)	4 (25,0)	
Acima de 6 salários mínimos	7 (7,0)	1 (6,2)	
Recebe benefício (n/%)			0,09
Sim	45 (45,0)	6 (37,5)	
Não	55 (55,0)	10 (62,5)	

Dp: desvio padrão/ * teste do Quiquadrado de Pearson (<0,05)

A presença de algum tipo de complicação em relação à terapia renal substitutiva, tais como, vômitos, náuseas, câimbras, hipotensão, hipoglicemia e sangramento, foi relatada por quase a totalidade dos pacientes. Quanto ao histórico de doenças pregressas a DRET, a maioria dos pacientes relatou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e um número significativo relatou Diabetes e Cardiopatias. Não houve diferença no peso seco entre os grupos (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização do histórico das doenças pregressas e complicações da terapia renal substitutiva dos pacientes renais crônicos. Aracaju, SE, Brasil, 2018.

Variável/categoria	Hemodiálise n=100(%)	Diálise Peritoneal n=16(%)
Peso seco (média/dp)	64,8 ± 13,3	64,4 ± 13,3
Doença pregressa (n/%)		
Nenhuma doença	6(6,0)	2(12,50)
Hipertensão arterial	80(80)	10(62,50)
Diabetes mellitus	28(28)	3(18,75)
Rins policísticos	11(11)	-
Hipertensão arterial e diabetes mellitus	23(23)	2(12,50)
Cardiopatia	17(17)	2(12,50)
Hepatopatia	-	-
Cálculo renal	4(4)	1(6,25)
Glomerolunefrite	1(1)	-
Lúpus eritematoso sistêmico	2(2)	-
Complicações		
Sim	99(99)	15(93,75)
Não	1(1)	1(6,25)

A média do escore do IDB foi maior nos pacientes que realizavam diálise peritoneal (14,3) com presença de sintoma depressivo leve, quando comparado aos pacientes em hemodiálise. Ambos os grupos apresentaram escores que categorizam a resiliência como moderada. Quanto ao suporte social, a média foi similar em ambas às populações, demonstrando um alto nível de apoio social (Tabela 3).

Tabela 3. Média dos escores da Resiliência, Suporte social e Depressão dos pacientes renais crônicos. Aracaju, SE, Brasil, 2018.

Variável/categoria	Hemodiálise Média (dp)	Dialise peritoneal Média (dp)
Depressão	12,2 (±5,4)	14,3 (±8,0)
Resiliência		
Resolução	81,0 (±9,7)	79,3 (±9,5)
Independência	26,0 (±6,3)	25,4 (±6,4)
Autoconfiança	26,8 (±4,2)	26,4 (±5,0)
Total	134,0 (±14,6)	131 (±17,7)
Suporte social		
Satisfação com os amigos	18,0 (±4,2)	19,2 (±4,5)
Intimidade	14,1 (±3,9)	14,6 (±3,0)
Satisfação com a família	12,5 (±2,8)	13,3 (±3,8)
Atividades sociais	6,3 (±2,9)	6,5 (±3,5)
Total	52,0 (±10,1)	53,7 (±9,9)

Analisando os escores separadamente, o resultado do IDB demostrou que 19% dos pacientes em diálise peritoneal apresentavam depressão moderada em detrimento de apenas 5% para os pacientes em hemodiálise. Quanto à resiliência e o suporte social, ambos os grupos demonstraram valores percentuais aproximados em todos os níveis de classificação (Tabela 4).

Tabela 4. Classificação dos níveis de Resiliência, Suporte social e Depressão dos pacientes renais crônicos. Aracaju, SE, Brasil, 2018.

Variável/classificação	Hemodiálise n=100(%)	Dialise peritoneal n=16 %/ média
Depressão		
Mínimo (0-11)	43(43)	6(37)
Leve (12-19)	52(52)	7(44)
Moderada (20-35)	5(5)	3(19)
Grave (36-63)	---	---
Resiliência		
Reduzida (< 121)	15(15)	2(12,50)
Moderada (121-145)	64(64)	11(68,75)
Elevada (> 145)	21(21)	3(18,75)
Suporte social		
Baixo (<25)	1(1)	---
Médio (26-50)	39 (39)	6(37,50)
Alto (51-75)	60(60)	10(62,50)

A regressão linear evidenciou que, o baixo nível de depressão e o alto nível de satisfação com o suporte social, são fatores protetores para uma boa resiliência em ambos os grupos (Tabela 5).

Tabela 5: Regressão Linear da resiliência e fatores associados à resiliência em pacientes em terapia renal substitutiva. Aracaju, SE, Brasil, 2018.

Comparação dos escores dos pacientes em hemodiálise (n=100)		
Resiliência e depressão*	Resiliência e suporte social*	Resiliência, depressão e suporte social**
t=40,8 p=<0,01	t= 15,3 p=<0,01	t= 13,0 p=<0,01 t= 1,9 p=0,05
Comparação dos escores dos pacientes em diálise peritoneal (n=16)		
Resiliência e depressão*	Resiliência e suporte social*	Resiliência, depressão e suporte social**
t=19,9 p=<0,01	t=5,1 p=<0,01	t=3,8 p=0,00 t=2,0 p=0,06

* teste de regressão linear simples (p<0,05), ** teste de regressão linear múltipla (p<0,05)

4 DISCUSSÃO

A escolha do tipo de terapia renal substitutiva encontra forte relação com a área do domicílio, cuja significância foi associada ao presente estudo. Dentre os dados avaliados, percebe-se que a maioria dos pacientes em hemodiálise reside na área urbana, especialmente na região metropolitana, enquanto que 75% dos pacientes em diálise peritoneal são da área rural.

Desse modo, a DP se apresenta como alternativa de TRS de manutenção bastante atrativa para os pacientes que residem na zona rural, pois evita que eles precisem percorrer grandes distâncias, várias vezes na semana, para realizar o tratamento. Entretanto, a DP foi a última opção de escolha para a maioria dos pacientes, sendo realizada apenas quando estes já estavam debilitados ou apresentavam falência de acesso para HD (ROCHA et al., 2010).

Com o início da TRS, várias são as alterações na rotina do paciente e, entre elas, a dificuldade em manter o vínculo empregatício, interfere diretamente na qualidade de vida do paciente, desenvolvendo sentimentos de frustação e impotência (BATISTA, et al, 2016). Esses sentimentos encontram-se exacerbados naqueles que dependem economicamente de seus familiares por não receberem auxílio saúde. Em pacientes do sexo masculino que não trabalham, observa-se uma maior propensão ao abandono do tratamento (FRÁGUAS et al., 2008).

O apoio familiar pode fornecer os meios para melhor tratamento, a adesão à medicação e nutrição, levando a melhores resultados clínicos (SILVA, 2016; ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008). A importância dos familiares no tratamento é ainda maior na diálise peritoneal, já que ao menos um familiar deve ser capacitado para realizar a técnica da realização da DP, seja ela manual ou automatizada, fortalecendo o vínculo e sentimento de confiança entre eles (TAVARES, 2016).

Os pacientes em TRS apresentam uma limitação significativa no desenvolvimento de atividades sociais, para favorecer melhora neste aspecto é possível programar terapias sociais que consiste em práticas terapêuticas que possibilitam atividades de apoio grupal, onde são levantadas questões comuns entre eles que, propiciam o desenvolvimento de resoluções antes não sugeridas. Essas ações irão contribuir com o suporte social e o aumento da resiliência, vislumbrando menores índices de evasão do tratamento.

O enfrentamento tem como principais funções o gerenciamento ou alteração do evento (foco no problema) e o controle, redução ou eliminação das respostas emocionais ao evento estressor, o qual estaria focalizado na emoção, sendo paliativo, quando o sujeito procura aliviar o estresse, ou seja, sentir-se melhor diante de um evento que não pode ser removido. Estudos sobre as estratégias de enfrentamento em pacientes renais crônicos em diálise analisam positivamente a participação da família e da equipe assistencial, as quais são consideradas como medidas de suporte diante das situações difíceis. Além disso, a fé, a religião, um bom nível de persistência, disciplina e de apreço à vida, associados à capacidade do indivíduo resolver, sozinho, situações difíceis e à autoconfiança podem ser utilizadas como medidas para lidar e compreender os agentes estressores (SOUZA et al., 2016).

Desse modo, o resultado da resiliência está intrinsicamente ligada aos baixos índices de depressão e ao bom suporte social apresentado. A família, amigos do participante da pesquisa e a equipe de enfermagem, ou seja, um apoio social eficiente contribui para a formação da resiliência, e por sua vez, o indivíduo resiliente demonstra uma atitude otimista diante da vida, mantendo um equilíbrio dinâmico durante e após os embates do tratamento frente à doença, possibilitando a si mesmo superar as pressões de seu mundo, desenvolvendo autoconfiança e um senso de autoproteção que não desconsidera a abertura ao novo, à mudança e à realidade subjacente, sendo menos propenso à depressão. (SOUZA et al., 2016; CARDOSO, SALE; 2012).

Entre as limitações do estudo, encontram-se: ter avaliado apenas uma unidade de TRS, por ter apresentado um déficit na coleta do grupo de DP, causando uma grande diferença entre os números das amostras. Desse modo não se pode afirmar que os índices obtidos sejam um padrão de todos os pacientes, no entanto, eles auxiliam na percepção dos fatores que contribuem para a resiliência na população estudada.

A perspectiva do estudo é ampliar as pesquisas para outras unidades de TRS, dando enfoque a saúde psicossocial que interfere diretamente na adesão do tratamento e aceitação da nova condição imposta, visando complementar os conhecimentos adquiridos pela presente pesquisa.

5 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que ambos os grupos apresentam variáveis preditoras explicativas para uma resiliência moderada, que são decorrentes dos sinais e sintomas

depressivos leves e um bom suporte social e apresentou significância nos dados quanto à área de moradia e sua relação com o tipo de tratamento. Os achados podem ser úteis para determinação da escolha do tipo de tratamento, bem como possibilita aos profissionais conhecer às necessidades reais dos pacientes permitindo ajudá-los a conviver melhor com a doença, resultando em eficiente adesão ao tratamento, levando a resultados clínicos consideráveis e, consequentemente, a melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Romão Junior JE. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. J. Bras. Nefrol. 26 (3 Suppl 1), 2004;

Xavier SSM, Germano RM, Silva IP, Lucena SKP, Martins JM, Costa IKF. In the current of life: the discovery of chronic kidney disease. Interface (Botucatu), Botucatu. Set. 2018, 22 (66): 841-851.

Marinho AWGB, Penha AP, Silva MT, Galvão TF. Prevalence of chronic renal disease among Brazilian adults: a systematic review. Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 379-388.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise SBN 2017 [Acesso 2017 Mar 10]. Disponível em http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores

Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. Lancet (London, England). 2017; 389(10075):1238-52.

Awuah KT, Finkelstein SH, Finkelstein FO. Quality of life of chronic kidney disease patients in developing countries. Kidney Int Suppl (2011). 2013; 3(2):227-229.

Fernandes EFS, Soares W, Santos TC, Moriya TM, Terçariol CAS, Ferreira V. Fístula arteriovenosa: autocuidado em pacientes com doença renal crônica. Medicina (Ribeirão Preto) 2013;46(4): 424-8

Rodrigues TA; Botti, NCL. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. Acta Paul Enferm. 2009; 22(Especial-Nefrologia):528-30

Tavares JMAB, Lisboa MTL. Peritoneal dialysis treatment: self-care practice in the family contexto. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):344-9

Ma LC, Chang HJ, Liu YM, Hsieh HL, Lo L, Lin MY, et al. The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease. ScientificWorldJournal. 25 mar 2013; 2013 (124973).

Martorelli A, Mustaca A. Psicologia positiva, salud y enfermos renales crónicos. Rev. Nefrol. Dial. Y Transpl. 2004, 24 (3): 99-104.

Santos RI, Costa ORS. Assessment of Resilience in Patients With Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. Revista Ciências em Saúde, 2016, 6 (1).

Siqueira MMM. Construction and validation of Perceived Social Support Scale. Psicol. estud. 2008, 13(2): 381-388.

Silva SM, Braido NF, Ottaviani AC, Gesualdo GD, Zazzetta MS, Orlandi FS. Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24:e2752. [Access 25 jan 2019]; Available in: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990047/.

Liu YM, HJ Chang, Wang RH, LK Yang, Lu KC, Hou YC. Papel da resiliência e apoio social no alívio da depressão em pacientes em hemodiálise de manutenção. Ther Clin Risk Manag. 2018, 14: 441-451.

Gandini, RC, Martins, MCF, Ribeiro, MP, Santos, DTG. Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. Psico-USF, 2007, 12(1), 23-31.

Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. J Nurs Meas 1993; 1:165-78.

Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale Cad. Saúde Pública [Internet]. 2005, Apr [cited 2019 Feb 20] ; 21(2): 436-448. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200010&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010.

Li M-H. Relationships among stress coping, secure attachment, and the trait of resilience among Taiwanese college students. *College Student J*. 2008;42(2):312–325.

Ribeiro JLP. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica* 1999; 3:547-558.

Gonçalves, TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011

Mar [cited 2019 Feb 20] ; 16(3): 1755-1769. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300012&lng=en.

Cook C. Mode of administration bias. J Man Manip Ther. 2010;18(2):61-3.

National Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD WorkGroup. KDIGO clinical practive guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl., 2013, 3: 1- 150.

Rocha PN, Sallenave M, Casqueiro V, Campelo Neto B, Presídio S. [Reason for "choosing" peritoneal dialysis: exhaustion of vascular access for hemodialysis?]. Jornal brasileiro de nefrologia. 2010 Mar;32(1):21–6.

Batista JCL, Lisboa CB, Lúcio IML, Ferreira ALC, Lacerda LF, Santos, JKS. Qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. Rev enferm UFPE on line., Recife, 2016, jun. 10(6):1980-90.

Fráguas G, Soares SM, Silva PAB. The Family in the Context of the Care to the Diabetic Nephropathy-holder: Demands and Resources. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 271 - 7.

Abreu-Rodrigues, M., Seidl, EMF. A importância do apoio social em pacientes coronarianos [The importance of social support in coronary patients]. Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação, 2008, 18(40), 279-288.

Tavares JMAB, Lisboa MTL, Ferreira MA, Valadares GV, Costa e Silva FV. Peritoneal dialysis: Family care for chronic kidney disease patients in home-based treatment. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1107-13.

Souza VL, Silva RAR, Oliveira GJN, Silva BCO, Rocha CCT, Holanda JRR. Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. Esc Anna Nery 2016;20(1):147-154.

Cardoso LB, Sade PMC. The nursing actuation on the resilience process of the patient under hemodialysis treatment. Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, 2012, 2 (1): 2-10

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Número do Formulário: _____ Data da coleta: ____/_____/_____
PARTE I- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DADOS SOCIOECONOMICO
Nome :_____ Idade: _____ Endereço:_____ Telefone:
Área de residência: ( ) 1. Rural ( ) 2. Urbana Cidade/UF:
Situação Conjugal Antes: ( ) 1. C asada ( ) 2. Solteira ( ) 3. Viúva ( ) 4. União Estável ( ) 5. Separada ( ) 6. Não informado
Situação Conjugal Após: ( ) 1. C asada ( ) 2. Solteira ( ) 3. Viúva ( ) 4. União Estável ( ) 5. Separada ( ) 6. Não informado
Reside com companheiro? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não | Casa própria? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não
Quantas pessoas residem na casa? ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais
Escolaridade (última série concluída): ( )1. Sem escolaridade ( ) 2. Fundamental I (1ª a 4ª série) ( )3. Fundamental II (5ª a 8ª série) ( ) 4. Médio (antigo 2º grau) ( ) 5. Superior incompleto ( ) 6. Superior completo
Profissão: | Trabalha? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não
Renda: ( ) 1. menos que 1 salário mínimo ( ) 2. entre 1 a 3 salários mínimos ( ) 3. Entre 4 a 6 salário mínimos ( ) 4. Acimas de 6 salários mínimos
Recebe algum benefício? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não
PARTE II- HISTÓRICO DA DOENÇA
Ano que iniciou o tratamento dialítico:
Doenças pregressas: ( ) 1. Hipertensão ( ) 2. Diabetes Mellitus ( )3. Rins Policísticos ( ) 4. Outros _____
Medicações em uso:
Tipo de acesso:( )1. Cateter duplo-lúmen ( )2. Permicath ( )3. Fístula Arteriovenosa ( )4. Enxerto
Equipe multidisciplinar que participa do tratamento e frequência de consultas: ( ) 1. Nefrologista _____ ( )2. Enfermeiro _____ ( )3. Nutricionista _____ ( ) 4. Vascular _____ ( )5. Assistente Social ___ ( )6. Farmacêutico _____ ( )7. Outros _____
PARTE III- PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES
Peso seco:
Durante as sessões de hemodiálise apresenta ou já apresentou: ( ) 1. Hipoglicemia ( )2. Hipotensão ( )3. Câimbras ( )4. Náuseas ( )5. Vômitos ( )6. Sangramento
Já foi internado alguma vez: ( )1. Sim ( )2. Não Motivo:
Observações:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
LABORATÓRIO DE PATOLOGIA INVESTIGATIVA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE PESQUISA.

Prezado participante,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa "Resiliência e Suporte Social em Pacientes Submetidos à Terapia Renal Substitutiva". Desenvolvida por Damaris Silva dos Santos, Hellen Cristiny dos Santos, Daniele Karoline Santana Torquato, Carolina Santos Souza Tavares e Andreia Centenaro Vaez,. O objetivo geral do estudo é analisar resiliência e fatores preditores em pacientes submetidos a terapia renal substitutiva em clínica de nefrologia de Aracaju. O convite a sua participação se deve a você ser submetido ao tratamento dialítico na Nefroclínica Aracaju- Sergipe. Ressaltamos que sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como somente responder as questões que não lhe causem desconforto e poderá retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Será garantida a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. O benefício após a análise dos dados, após a análise dos dados, será possível informar a instituições o suporte social que é ofertado aos pacientes que passam por tratamento dialítico e o grau de aceitação e sintomas depressivos destes. Caso seja identificado sintomas depressivos e após consentimento do paciente o mesmo será encaminhado ao serviço de psicologia localizado na própria unidade. Em relação ao suporte social serão propostas ações que visem a melhoria desse suporte que é ofertado ao paciente, a fim de auxiliar na continuidade do tratamento dialítico e proporcionar melhora da qualidade de vida. Previsão de riscos ou desconfortos: Neste estudo, não se espera nenhum tipo de danos físico ou mental aos participantes da pesquisa, visto que os mesmos não serão expostos a nenhum tipo de tratamento ou exposição. Os riscos e desconfortos oferecidos diretamente aos voluntários são mínimos. No entanto, poderá ocorrer constrangimento diante dos formulários. Com intuito de minimizar o constrangimento, os questionários serão preenchidos pelo voluntário, confidencialmente e anônimo. Bem como, será garantido o direito de responder apenas as questões que não lhe causem desconforto e constrangimento.

As informações coletadas servirão somente para fins científicos, podendo ser divulgados em pesquisas, eventos, revistas e/ou livros. Em caso de dúvida entrar em contato com os responsáveis pelo e-mail: andreiacentenarovaez@ufs.br; enfcarol_souza@hotmail.com; maris_silva@yahoo.com.br, hellencristiny25@hotmail.com; dani.karoline@hotmail.com ou no telefone (79) 999142030.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Aracaju, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Participante Pesquisador

ANEXO A – Inventário De Depressão De Beck (IDB)

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu durante a última semana, inclusive hoje. Desenhe um circulo em torno do numero ao lado da afirmação selecionada.

1.
0 Não me sinto triste
1 Sinto-me triste
2 Sinto-me triste o tempo todo
3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar

2.
0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro
1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro
2 Sinto que não tenho nada a esperar
3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar

3.
0 Não me sinto fracassado(a)
1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo normal
2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos
3 Sinto que sou um completo fracasso

4.
0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes
1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter
2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa
3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo

5.
0 Não me sinto particularmente culpado(a)
1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo
2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo
3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo

6.
0 Não me sinto que esteja a ser punido(a)
1 Sinto que posso ser punido(a)
2 Sinto que mereço ser punido(a)
3 Sinto que estou a ser punido(a)

7.
0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a)
3 Eu me odeio

8.
0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa
1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros
2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas
3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem

9.
0 Não tenho qualquer ideia de me matar
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar
2 Gostaria de me matar
3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade

10.
0 Não costumo chorar mais do que o habitual
1 Choro mais agora do que costumava fazer
2 Atualmente, choro o tempo todo
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.
0 Não me irrito mais do que costumava
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a)
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam

12.
0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas

13.
0 Tomo decisões como antes
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
3 Já não consigo tomar qualquer decisão

14.
0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente
3 Considero-me feio(a)

15.
0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa
3 Não consigo fazer nenhum trabalho

16.
0 Durmo tão bem como habitualmente
1 Não durmo tão bem como costumava
2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer
3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17.
0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual
1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa

18.
0 O meu apetite é o mesmo de sempre
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter
2 O meu apetite, agora, está muito pior
3 Perdi completamente o apetite

19.
0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
1 Perdi mais de 2,5 kg
2 Perdi mais de 5 kg
3 Perdi mais de 7,5 kg
Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.
Sim ____ Não ____

20.
0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa
3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

21.
0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual
1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava
2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual
3 Perdi completamente o interesse na vida sexual

Total:_____

(BECK, 1996)

ANEXO B - ESCALA DE RESILIÊNCIA

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações

Componente/Item	Discordo			Nem concordo, nem discordo	Concordo		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
Resoluções de Ações e Valores							
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	1	2	3	4	5	6	7
Independência e Determinação							
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	1	2	3	4	5	6	7
Autoconfiança e Capacidade de Adaptação a Situações							
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	1	2	3	4	5	6	7

(WAGNILD, YOUNG; 1993; PESCE, 2005)

ANEXO C- ESCALA DE SATISFAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL

A seguir você vai encontrar várias informações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo em volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar, por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

Componente/Item	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo, nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Às vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quanto eu gostaria	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procurar quantas vezes eu gostaria	A	B	C	D	E
4. Quando preciso desabafar com alguém, encontro facilmente meus amigos.	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem eu posso recorrer.	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8. Gostaria de participar mais de atividades de organizações (ex.: clubes desportivos, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito com a forma com que me relaciono com minha família	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com minha família	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com meus amigos	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

(RIBEIRO, 1999)

ANEXO D – PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

UFS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESILIÊNCIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA
Pesquisador: Carolina Santos Souza Tavares
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 91614218.0.0000.5546
Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.801.697

Apresentação do Projeto:
Projeto de Pesquisa apresentado ao Laboratório de Patologia Investigativa da Universidade Federal de Sergipe.Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal e descritivo realizado com portadores de insuficiência renal crônica(IRC) submetidos a tratamento dialítico em uma clínica no estado de Sergipe.

Objetivo da Pesquisa:
Analisar resiliência e fatores preditores em pacientes submetidos a terapia renal substitutiva em clínica de nefrologia de Aracaju.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos, maneira de contorna-los e benefícios bem apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
A coleta de dados será realizada em uma clínica de Nefrologia de Sergipe. Serão aplicados questionários com dados sociodemógraficos, histórico de doença e principais complicações; instrumento de resiliência; suporte social; inventário de depressão de Beck. Os instrumentos de coleta de dados serão aplicados em pacientes em tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal. Serão 50 participantes em cada grupo,totalizando 100 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Folha de rosto e anuência instucional adequadas. TCLE em formato de carta
convite, riscos e benefícios bem apresentados, não foi incluída a indicação de documento em duas

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório **CEP:** 49.060-110
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br

vias conforme recomendado anteriormente, Cronograma exequível. Orçamento adequado e inclui participação em evento científico.

Recomendações:

Incluir no TCLE a informação sobre as duas vias do documento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer considerado aprovado por este comitê, considerando que a pesquisadora, antes de apresentar o TCLE aos participantes irá escrever neste documento a informação de que o mesmo segue em duas vias, uma do participante e outra da pesquisa.

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_1149324.pdf	27/07/2018 11:27:37		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2771574.pdf	27/07/2018 11:26:57	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocarol.docx	27/07/2018 11:26:30	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito
Folha de Rosto	follhaderosto.pdf	27/07/2018 11:22:51	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	17/06/2018 16:08:50	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	17/06/2018 16:07:47	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/06/2018 15:59:58	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	01/06/2018 18:29:40	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UFS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Continuação do Parecer: 2.801.697

ARACAJU, 06 de Agosto de 2018

Assinado por:
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório **CEP:** 49.060-110
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br

ANEXO E- NORMAS DA REVISTA

BRAZILIAN JOURNAL OF NEPHROLOGY

ISSN 0101-2800 *printed version*
ISSN 2175-8239 *on-line version*

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

- Scope and Editorial Policy
- Review Process
- Legal and Ethical Considerations
- Manuscripts Submission
- Article Types
- Structure and Preparation of Manuscripts

Scope and Editorial Policy

The scope of the **Brazilian Journal of Nephrology** (BJN) (*Jornal Brasileiro de Nefrologia*) is to contribute to the advancement of scientific knowledge and professional practice in Nephrology through the publication of relevant original studies in the areas of basic and clinical research.
Manuscripts written in Portuguese and English can be submitted to **BJN**, but English submissions are preferred. Brazilians authors are encouraged to submit two versions, one in each language. For manuscripts submitted in Portuguese, authors must also provide title, key words, abstract, and legends of tables and figures in English.
The online journal has an open access under the attribution license of Creative Commons **BY** (http:///creativecommons.org/licences).
The submission is free of charge. If accepted for publication, the copyright of the manuscript is automatically transferred to the Brazilian Society of Nephrology (Sociedade Brasileira de Nefrologia). The content of manuscripts must not have been previously published or submitted to other journals. To publish a part or the whole content in another journal, written approval from the editors is required. The content and statements of manuscripts are the authors' responsibility.

Review Process

Manuscripts are accepted based on originality, relevance of the topic, and quality of the scientific methodology as well as compliance of the journal regulations. Manuscripts submitted with a format other than that described in this document may be returned to the sender.
Submitted manuscripts undergo a preliminary evaluation carried out by up to two members of the editorial team, based on the following criteria: a) relevance of the manuscript; b) correctness of the statistical analysis; c) adequacy of the methodological approach; and d) relevance of conclusions. Manuscripts approved by the editorial team are sent to two external experts for a single blind peer review. About one third of submitted papers is approved for publication.

Legal and Ethical Considerations

The BJN follows the *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* of the *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), entitled (http://www.icmje.org/recommendations/).
The journal follows the code of ethical conduct in publication, recommended by the *Committee on Publication Ethics* - COPE (http://publicationethics.org).

AUTHORHIP

All authors of the paper should have had enough participation in the drafting of the manuscript to assume responsibility for its content. The

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) recommends that authorship be based on the following criteria:

a) Substantial contributions to the design or development of the study;
b) Participation in the collection, analysis and interpretation of the data;
c) Participation in the writing of the article or in its critical revision;
d) Approval of the final version.

The full ICMJE recommendations are available at: http://www.icmje.org/recommendations/.

CONFLICT OF INTEREST

A reliable peer review process and consequent credibility of published articles depend in part on how conflicts of interest are handled during writing, peer review, and editorial processes. Conflict of interest occurs when authors (or the author's institution), reviewers, or editors have financial or personal relationships that inappropriately influence (bias) their actions (such relationships are also known as dual commitments, competing interests, or competing loyalties). The effect of such relationships can vary from negligible to having great potential to influence judgment; however, not all relationships are true conflicts of interest. The potential for conflict of interest should be assessed based on the personal perception that the relationship affects his or her scientific judgment. Financial relationships (such as employment, consultancy, stock ownership, payments, and expert testimony) are the most easily identifiable conflicts of interest and the most likely to undermine the credibility of the journal, authors, and science itself. However, conflicts can occur for other reasons, such as personal relationships, academic competition, and intellectual passion.

INFORMED CONSENT

Patients have a right to privacy that should not be infringed without informed consent. Patient identification, including name, initials, or hospital numbers, should not be published in the text, photographs, and pedigrees unless the information is essential for scientific purposes and the patient (or parent or guardian) gives written informed consent for publication. Informed consent with such purpose requires that the identifiable patient sees the manuscript before it is submitted. Authors should identify individuals who provided writing assistance and disclose the funding source for this assistance.

Identifications should be provided if they are essential. Complete anonymity might be difficult; however, informed consent should be obtained if there is any doubt. For example, masking the eye region in photographs of patients is inadequate protection of anonymity. If identifying characteristics are altered to protect anonymity, such as in genetic pedigrees, authors should provide assurance that alterations do not distort scientific meaning and editors should so note.

The published article should inform when the informed consent was obtained.

ETHICAL PRINCIPALS

When reporting experiments on human subjects, authors should indicate whether the procedures were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000. If doubt exists whether the research was conducted in accordance with the Helsinki Declaration, the authors must explain the rationale for their approach, and demonstrate that the institutional review board explicitly approved the doubtful aspects of the study.

When reporting experiments on animals, authors should indicate whether the institutional and national guidelines for the care and use of laboratory animals was followed.

Manuscripts Submission

Manuscripts are submitted online to the BJN at: https://mc04.manuscriptcentral.com/jbn-scielo.
The manuscripts may be submitted in Portuguese and/or English, and simultaneous submission, in part or in full, to other journals is not allowed. The BJN considers unethical the duplicate or partial publication of the same research. Tools for locating text similarity are used by the journal to detect plagiarism. In case plagiarism is detected, the BJN follows the *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on* Publication Ethics - COPE (http://publicationethics.org/).
All authors must associate the **ORCID** registration number with their profile in the submission system (https://orcid.org/).
The submission of a manuscript to BJN must be accompanied by the following documents (via system - Step 5: Details & Comments):

a) Cover letter,signed by all authors, according to previously defined model Download. If the signature of an author is missing, it will be interpreted as his or hers disinterest in or disapproval of the publication, and the name will be, therefore, excluded from the authors list;

b) Copy of the letter of approval from the Ethics Committee of the institution that approved the study – when referring to interventions (diagnostic or therapeutic) in human beings;

C) Main document (See Structure and Preparation of Manuscripts).

Article types

EDITORIAL
An in-depth critical commentary prepared as a response to an Editor invitation and/or submitted by a person with noteworthy experience on the subject.

- An abstract is not mandatory;
- The text must not exceed 900 words;
- The paper must have up to 7 references.

ORIGINAL ARTICLE
Original articles should present unpublished research results and contain all relevant information so that the reader may reproduce the study or evaluate its results and conclusions. They are submitted in one of two fields: basic science and clinical research. The manuscripts are classified in six areas of Nephrology: a) Acute Renal Injury; b) Chronic Kidney Disease; c) Dialysis and Extracorporeal therapies; d) Epidemiology and Clinical Nephrology; e) Pediatric Nephrology; f) Renal Transplantation.
The manuscript should follow the guideline below:

- Have a structured abstract (Introduction, Methods, Results and Conclusion), with up to 250 words;
- No more than 7 key words;
- The body of the paper must contain Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusion sections, and have up to 5000

words;
- Clinical implications and limitations of the study should be highlighted;
- When appropriate, the Methods section should provide detailed study design, location, participants, clinical outcomes of interest, and intervention;
- Have no more than 40 references.

REVIEW ARTICLE
Reviews are preferably requested by the Editor to specialists in a particular area. The objective of these articles is to express and critically evaluate the knowledge available on a specific topic, commenting on studies from other authors and using a broad reference base, or on occasion, responding to a demand from readers concerning a specific topic.
The manuscript should contain:

- An abstract, not necessarily structured, of no more than 250 words;
- No more than 7 key words;
- The text should contain Introduction, Discussion, and Conclusion sections as well as other subdivisions, when appropriate (e.g., "Clinical Application", "Treatment"), with up to 6000 words;
- No more than 90 references.

UPDATE ARTICLE
This type of article addresses current information relevant to the clinical practice, and are more concise than review articles. These should be, preferably, a response to an editors' invitation, and, occasionally, from independent submissions.
The manuscript should contain:

- An abstract, not necessarily structured, of no more than 250 words;
- No more than 7 key words;
- The text should contain Introduction, Discussion, and Conclusion, with up to 2000 words;
- No more than 40 references.

PERSPECTIVE/OPINION
These manuscripts are preferably requested by the Editor to a specialist in a particular area, and aim at the comprehensive presentation and discussion of scientific issues in the field of nephrology. This type of article should be elaborated by experienced researchers in the field or by experts of recognized knowledge.
The manuscript should contain:

- An abstract, not necessarily structured, of no more than 250 words;
- No more than 7 key words;
- The text should contain Introduction, Discussion, and Conclusion, with up to 3000 words;
- No more than 40 references.

BRIEF COMMUNICATION
A brief communication is a report on a single subject, which should be concise but conclusive. Like original articles, these papers should present unpublished material, but that have less significance and of particular interest in the area of nephrology, presenting preliminary results of immediate relevance.
The manuscript should contain:

- A structured abstract (Introduction, Methods, Results, and Conclusion), with up to 250 words;
- No more than 7 key words;

- The text should be divided in Introduction, Methods, Results, Discussion, with up to 1500 words;
- No more than 15 references;
- No more than three illustrations (figures and/or tables).

IMAGES IN NEPHROLOGY

Images in Nephrology publication aims to present content of educational value. The images should be accompanied by a description, as well as its clinical interpretation and differential diagnosis.

CASE REPORT

Case reports are presentations of experiences based on the study of a particular case. A case report should have at least one of the following characteristics to be published in the Journal: a) special interest to the clinical research community; b) a rare case that is particularly useful to demonstrate a mechanism or a difficulty in diagnosis; c) a new diagnostic method; d) a new or modified treatment; e) a text that demonstrates relevant findings, present a well documented case and have no ambiguity.

The manuscript should contain:

- An abstract, not necessarily structured, of no more than 250 words;
- No more than 7 key words;
- Text should be divided in: Introduction (explaining the relevance of the case); Structured presentation of the case (i.e., identification of the patient, complaints and previous history, personal and family background, clinical exams); and Discussion, with up to 1500 words;
- No more than two illustrations (figures and/or tables);
- No more than 20 references.

LETTERS TO THE EDITOR

The manuscript may be a commentary about published material, or may present new data and clinical observations. All authors (maximum of five) should sign the letter.

The guidelines are:

- No need for an abstract;
- Text with up to 500 words;
- Maximum of one table and one figure;
- No more than 5 references.

Structure and Preparation of Manuscripts

The main document should be sent in a word file (.doc or .rtf), double spaced, font size of 12, margin of 3 cm on each side, pages numbered in Arabic numerals, and each section should start in a new page, consecutively: a) title page; b) summary and key words; c) text body; d) acknowledgments; e) references; f) tables and subtitles (excluding images, which must be sent separately in .jpg or .tiff format).

a) Title Page

- ***Title of the manuscript:*** should be concise and complete, describing the subject to which it refers (superfluous words should be omitted). For manuscripts submitted in Portuguese, an English version of the title must be included;
- ***Running title*** of the manuscript that must correspond to the Portuguese and/or English version of the title;

- ***Names of the authors***, indicating the respective academic degree;
- ***Authors' affiliations*** with the hierarchical units presented in descending order (university, school, and department). The names of the institutions should be presented in full in the institution's original language or in the English version when Latin words are not used. Affiliations should not be accompanied by the authors' titles or mini-CVs. All authors must provide an ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID, http://orcid.org/) at the time of submission by entering it in the user profile in the submission system;
- ***Corresponding author***, with the respective e-mail;
- ***Name of the funding agency*** of the study;
- ***Title, year, and institution of submission***, for manuscripts based on an academic thesis;
- ***Name of the event, location and date of presentation***, for manuscripts based on a presentation at a scientific meeting;
- ***Declaration of conflict of interest;***
- ***Indication of authors' contribution.***

b) Abstract and key words

- ***Abstract:*** including introduction, procedures and conclusions of the study (maximum of 250 words). Structured abstracts should present, at the beginning of each paragraph, the subsections names (Introduction, Method, Results and Discussion);
- ***Key words:*** words that represent the subject of the study, should be presented in numbers of 3 to 7, supplied by the author, based on DECS – Descritores em Ciências da Saúde (http://decs.bvs.br/) or MeSH – Medical Subject Headings (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh).

c) Text

The main text must obey the required structure for each article category (See Types of Articles). Citations and references cited in the legends of table and figures should be numbered consecutively in the order that they appear in the text (numerical index). The references should be cited in the text with a superscript number and without parentheses as in the following example (References1).

Figures (photographs, graphs, drawings, etc.) should be sent individually in JPG or TIFF format (in high resolution – 300 dpi) and can be colored. They should be numbered consecutively with Arabic numerals in the order in which they were cited in the text and sufficiently clear to permit their reproduction. Figure captions should be given together with the tables, after the references. Photocopies are not accepted. For figures from previously published works, authors must provide permission in writing for their reproduction. This authorization must accompany the manuscripts submitted for publication.
Other aspects to consider:

- ***Statistical analysis:*** the authors should demonstrate that the statistical procedures were appropriate to test the hypothesis of the study, and that the results were correctly interpreted. The levels of statistical significance (e.g., $p<0.05$; $p<0.01$; $p<0.001$) should be reported.
- ***Abbreviations*** should be indicated in the text upon the first use. Thereafter, the full name should not be repeated.
- ***Name of medication:*** the generic name should be used.
- ***Citation of machines and equipment:*** all machines and equipment cited should include the model and name, state and

country of manufacturer.

d) Acknowledgments

Acknowledgments should include all people, groups or institutions that deserve recognition, but are not included as authors; acknowledgment for financial support, technical assistance, etc., should appear before the references.

e) References

References should be numbered sequentially, in the same order that they were mentioned in the text and identified with superscript numbers. The references must comply with the standard defined by the International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). The title and journal name should be abbreviated according to the style presented by the Index Medicus: abbreviations of journal titles (http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng). Personal communications, unpublished studies, or ongoing studies should be cited only when absolutely necessary, but should not be included in the list of references; only mentioned in the text footer.

Examples:

Articles from journals (up to six authors)

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25;347(4):284–7.

Articles from journals (more than six authors)

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935(1-2):40–6.

Articles without the name of the author

21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002;325(7357):184.

Entire books

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Book Chapters

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93–113.

Books for which the editors (organizers) are authors

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw–Hill; 2002.

Thesis

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Papers presented at meetings

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. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3–5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182–91.

Journals in electronic format

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA

acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle

f) Tables and Legends

Tables and legends must comply with the specifications defined for each article type (See Article Types). In their electronic version, tables must be presented in .doc (Microsoft Word) or .xls (Microsoft Excel) format.

(cc) BY All the content of the journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons L

Rua Machado Bitencourt, 205 - Conj.53 - Vila Clementino
04044-000 S◆o Paulo SP Brasil
Tel.: +55 11 5579-1242
Fax: +55 11 5573-6000

e-Mail
jbn@sbn.org.br