



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO EM ENFERMAGEM

MARIA EDUARDA FREITAS DE LIMA

PROTOCOLO DE TELENFERMAGEM PARA POTENCIALIZAÇÃO DO
AUTOCUIDADO EM HEMODIÁLISE VIA CONTATO TELEFÔNICO

Brasília - DF

2023



MARIA EDUARDA FREITAS DE LIMA

Matrícula: 180024019

PROTOCOLO DE TELENFERMAGEM PARA POTENCIALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO EM HEMODIÁLISE VIA CONTATO TELEFÔNICO

Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Walterlânia Silva Santos

Co-orientadora: Ma. Onislene Alves Evangelista

Brasília - DF

2023

LIMA, MEF

Protocolo de telenfermagem para potencialização do autocuidado em hemodiálise via contato telefônico /Maria Eduarda Freitas de Lima, 2023.

Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Graduação em Enfermagem.

Título em inglês: Telenursing protocol for enhancing self care in hemodialysis through telephone contact

1.Diálise renal; 2. Falência renal crônica; 3. Telenfermagem; 4. Consulta remota; 5.Telemonitoramento; 6. Telemedicina; 7. Estudo de validação.

Estudo metodológico

LIMA, MEF. Protocolo De Telenfermagem Para Potencialização Do Autocuidado Em Hemodiálise Via Contato Telefônico

Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____/ dezembro/ 2023.

Comissão Avaliadora

Prof^a. Dr^a. Walterlânia Silva Santos
Universidade de Brasília/
Faculdade de Ceilândia
Orientadora

Enf^a. Ma. Onislene Alves Evangelista
Programa de Pós-graduação em
Ciências e Tecnologias em Saúde
Co-orientadora

Prof^a. Dr^a. Márcia Cristina da Silva
Magro Universidade de Brasília/
Faculdade de Ceilândia
Membro efetivo
convidado

Enf^a. Ma. Karine Cardoso Lemos
Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal
Membro efetivo
convidado

Com reverência, dedico este trabalho à Universidade de Brasília que, ao longo de 61 anos, se consolida como um espaço de resistência, laboratório de inovação científica e cenário vivo de transformação cultural.

AGRADECIMENTOS

Não caberia outra forma de iniciar os agradecimentos senão expressando minha gratidão a Deus e às forças esotéricas que regem o universo. Por um caminho que parece predestinado, essas influências trouxeram inúmeras bênçãos à minha jornada acadêmica, ultrapassando os limites da minha compreensão humana e mérito.

Agradeço imensamente à minha querida família, cuja criação fundamentada na liberdade, me instigou a assumir o papel de protagonista na minha própria história. Expresso minha profunda gratidão aos amados avós que, decorrente as adversidades impostas pela vida, não tiveram a oportunidade de cursar o ensino superior. Contudo, foram os responsáveis por semear meu sonho de ingressar em uma universidade pública.

Expresso minha gratidão ao meu padrasto, Clauberdam, cuja presença marcou minha jornada desde a infância. Em especial, quero agradecer à minha mãe, Daniele, personificação de determinação. Mulher de força inestimável, que transformou todas as dificuldades que uma jovem mãe se depara, em combustível para persistir na busca de seus objetivos.

Aos meus queridos colegas de curso, Marina Trindade, Bárbara Louise, Rafaela Motta, Sofia Guandalini, Camila Marques e Raphael Lana, obrigada pelo amor e amizade que iluminam meus dias. A presença de vocês não me permitiu fraquejar ante os obstáculos da vida acadêmica. Ao meu companheiro de vida, Luiz Felipe, pessoa extraordinária, agradeço de coração por compartilhar diariamente comigo a importância dos sonhos. Sua inabalável admiração pela minha pessoa é algo inexplicável e profundamente reconfortante.

Declaro minha profunda gratidão às minhas orientadoras, Prof^a. Walterlânia Silva e Ma. Onislene Alves, por me guiarem em minha iniciação à pesquisa científica. Seus preciosos insights e orientações não apenas foram fundamentais para o desenvolvimento deste projeto, mas também desempenharam um papel crucial em minha evolução e apreço pelo campo da pesquisa. Agradeço-lhes por serem fontes constantes de inspiração, destacando seus exemplos e dedicação à excelência tanto na prática quanto na pesquisa.

Finalmente, agradeço à respeitável banca examinadora pela disponibilidade, em particular à Prof^a. Márcia, uma figura inspiradora para todos os docentes que têm a honra de cruzar seu caminho. A contribuição de vocês proporcionará uma experiência significativa para o meu desenvolvimento acadêmico.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
INTRODUÇÃO.....	8
METODOLOGIA.....	10
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO.....	15
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA TEXTO&CONTEXTO... ..	21

PROTOCOLO DE TELENFERMAGEM PARA POTENCIALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO EM HEMODIÁLISE VIA CONTATO TELEFÔNICO

TELENURSING PROTOCOL FOR ENHANCING SELF-CARE IN HEMODIALYSIS THROUGH TELEPHONE CONTACT

RESUMO

Objetivo: Validar um protocolo de Telenfermagem para a potencialização do autocuidado em indivíduos submetidos a hemodiálise, via contato telefônico. **Método:** Estudo metodológico centrado na avaliação e validação de um instrumento, composto por cinco domínios temáticos (sessões de hemodiálise, nutrição, medicação, controle de líquidos e acesso vascular) e 140 itens. A versão inicial do protocolo foi elaborada nos meses de junho e julho de 2023. A fase exploratória ocorreu em agosto, seguida pela avaliação definitiva do instrumento, com análise pelo Índice de Validade de Conteúdo, em outubro do mesmo ano, por cinco juízes especialistas.

Resultados: O instrumento, alcançou um Índice de Validade de Conteúdo global de 0,85. A aparência e compreensão registrou Índice de Validade de 0,75 com o domínio Hemodiálise tendo a menor pontuação, 0,67. Os cinco domínios do instrumento apresentaram Índice de Validade de Conteúdo, referente a relevância, superior a 0,9, resultando na média de 0,95. As temáticas abordadas nos domínios do instrumento estão alinhadas com discussões presentes em outros estudos sobre a educação de pacientes em hemodiálise, reforçando a pertinência desses temas. **Conclusão:** O Índice de Validade de Conteúdo global do instrumento abaixo do limite preconizado, justificado pela avaliação de compreensão, ilustra o desafio enfrentado pelos profissionais de enfermagem na readequação do conteúdo técnico para uma linguagem inteligível aos pacientes.

Descritores: Diálise renal; Falência renal crônica; Telenfermagem; Consulta remota; Telemonitoramento; Telemedicina; Estudo de validação.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição de crescente prevalência global, afetando mais de 850 milhões de pessoas em 2021, conforme afirmação conjunta da Sociedade Americana de Nefrologia, Associação Renal Europeia e Sociedade Internacional de Nefrologia.¹ A fisiopatologia da DRC é caracterizada por anormalidades na função ou estrutura renal persistindo por mais de três meses, e seu diagnóstico é baseado em três variáveis: causa, nível de albuminúria e taxa de filtração glomerular.¹ Esta última é utilizada para classificar a DRC em estágios (de um a cinco), de acordo com a sua gravidade. O estágio final, conhecido como fase terminal, é caracterizado pela necessidade de terapias renais substitutivas, como diálise peritoneal, hemodiálise (HD) e transplante renal.

A hemodiálise utiliza um sistema de circulação extracorpóreo com tubos ou membranas semipermeáveis para filtrar e depurar o sangue, visando remover resíduos metabólicos e corrigir alterações no ambiente interno.² Devido à sua natureza terapêutica complexa, a HD pode resultar em diversas complicações comuns, como hipotensão, câimbras, náuseas, vômitos, cefaleia e precordialgia.²⁻³ Esses efeitos colaterais, muitas vezes, não estão diretamente relacionados à técnica empregada durante a diálise, mas sim ao estado hemodinâmico do indivíduo.²

A vista desse fato, o tratamento de hemodiálise exige do usuário cuidados que perpassam assistência prestada pelos profissionais de saúde.³ Isso implica que o indivíduo deve possuir conhecimento específico relacionado ao seu diagnóstico e praticar o autocuidado de forma abrangente.⁴ Essas práticas são fundamentais não apenas para mitigar os efeitos colaterais inerentes à terapia, mas também para proporcionar melhor qualidade de vida e otimizar a eficácia da hemodiálise.

Nesse contexto, é responsabilidade da equipe profissional do serviço de diálise oferecer aos pacientes recursos que ampliem seu conhecimento, capacitando-os a tomar decisões informadas sobre seus cuidados. Vale destacar que a educação em saúde é uma característica primordial do enfermeiro, reconhecido por ser a categoria profissional mais próxima e constantemente envolvida no cuidado direto ao paciente.⁶⁻⁷ Por conseguinte, a educação em saúde implementada por esse profissional objetiva estimular os indivíduos a assumirem o manejo de seus cuidados e a gerenciar adequadamente seu esquema terapêutico.⁶⁻⁷

Diversos instrumentos e metodologias são empregados pelos profissionais no âmbito da educação em saúde, entre eles as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) têm conquistado proeminência nas últimas décadas. No Brasil, a telessaúde foi inicialmente implementada na Atenção Básica por meio da PORTARIA Nº 35/2007, através do Programa

Nacional de Telessaúde, que destacava a utilidade da ferramenta no suporte à assistência à saúde, especialmente na promoção da educação em saúde. Subsequentemente, o programa foi reconfigurado e expandido por meio da PORTARIA Nº 2.546/2011, incorporando novas modalidades para a aplicação da telessaúde pelos seus usuários.

Em consonância a essas inovações, o Conselho Federal de Enfermagem estabeleceu as diretrizes para a atuação da categoria na saúde digital, regulamentando a telenfermagem por meio da Resolução COFEN Nº 696/2022. Definiu-se que a prática de telenfermagem abrange a Consulta de Enfermagem, Interconsulta, Consultoria, Monitoramento, Educação em Saúde e Acolhimento de Demanda Espontânea, todas mediadas por TICs, realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, assim como na esfera da saúde suplementar e privada.¹⁰

A Telessaúde (TS) abrange uma diversidade de dispositivos de comunicação, que variam de plataformas digitais, aplicativos, smartphones até dispositivos de monitoramento remoto.⁴ Contudo, a usabilidade dessas ferramentas emerge como fator central para o sucesso da educação em saúde, elevando o telefone à posição de um dos dispositivos mais eficazes para tal propósito. Isso se deve ao fato de que seu uso independe de treinamento intensivo, sendo amplamente disponível em todo o mundo.¹¹

O acompanhamento por meio de contato telefônico, conhecido como coaching por telefone, representa uma modalidade de TS que possibilita a superação de barreiras e desafios enfrentados pelos pacientes ao buscar serviços de saúde.^{4,12} Essa abordagem oferece flexibilidade nos horários de atendimento telefônico, elimina o tempo de espera na clínica, evita complicações logísticas relacionadas ao transporte e proporciona um ambiente de diálogo confortável, muitas vezes no contexto familiar, em que o paciente não está sujeito a interrupções.¹²

O acompanhamento telefônico realizado por enfermeiros, com(propósitos educacionais, demonstra a capacidade de aprimorar a adesão do paciente ao tratamento nas quatro dimensões do cuidado em hemodiálise: cumprimento do uso de medicamentos, restrição de líquidos, adesão às recomendações dietéticas e melhoria nos valores médios de parâmetros laboratoriais.¹³ Estes incluem potássio sérico, cálcio, creatinina, Kt/V (K: depuração de ureia do dialisador, t: tempo de tratamento, V: volume de distribuição de ureia), fosfato, albumina, ferro, ureia e hemoglobina.^{3,13}

Nesse sentido, a realidade de países em desenvolvimento, marcada por iniquidades no acesso, custos elevados e obstáculos no tratamento dialítico, destaca a relevância crítica de adotar o atendimento remoto pela equipe assistencial.⁴ Observa-se que, enquanto nações desenvolvidas incorporam tecnologias digitais para oferecer cuidados renais eficazes, a

América Latina, incluindo o Brasil, permanece sub-representada, com escassas publicações e um baixo uso de telessaúde.⁴

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi validar um protocolo de Telenfermagem para a potencialização do autocuidado em indivíduos submetidos a hemodiálise, via contato telefônico.

MÉTODO

Tipo de estudo, local e período:

Estudo metodológico centrado na avaliação e validação da ferramenta para a implementação do autocuidado de pessoas em hemodiálise via contato telefônico, sendo conduzido na seguinte sequência: levantamento bibliográfico acerca das bases teóricas e práticas relacionadas à educação em saúde para indivíduos submetidos a hemodiálise ambulatorial; construção do protocolo de telecuidado, com cinco áreas temáticas distintas: sessões de hemodiálise, nutrição, medicação, controle de líquidos e acesso vascular; avaliações e validações, abrangendo aparência, conteúdo e relevância dos itens, resultando na versão final do protocolo de telecuidado (Figura 1).

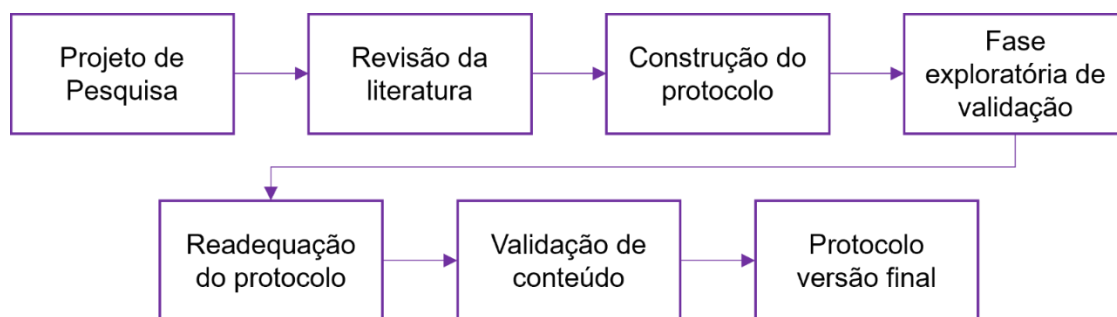


Figura 1 – Fluxo Metodológico. Brasília, DF, Brasil, 2023.

A validação do protocolo pelos especialistas transcorreu em duas etapas: a inicial, de caráter exploratório, envolveu uma avaliação preliminar conduzida por seis juízes, selecionados aleatoriamente sem critérios pré-definidos. Utilizou-se uma escala tipo Likert de cinco pontos para a avaliação do conteúdo, da aparência e da relevância. A segunda fase, com o protocolo ajustado conforme as avaliações e sugestões da etapa anterior, prosseguiu-se com a validação por juízes especialistas selecionados com base em critérios adaptados do instrumento proposto por Guimarães et al.¹⁴ (2015), empregando, neste caso, uma escala de estimativa de quatro pontos.

A concordância entre os juízes foi mensurada aplicando-se o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Esse método, reconhecido por sua execução simples, facilidade de compreensão e interpretação, é capaz de validar tanto o conteúdo de cada item quanto do instrumento como um todo. No escopo deste estudo, o IVC foi empregado de forma individual

para os itens de cada seção de telecuidado, bem como para o protocolo como um conjunto integral.

A versão inicial do protocolo foi elaborada nos meses de junho e julho de 2023, seguida pela realização da fase exploratória em agosto. A avaliação definitiva do instrumento, pelo comitê de juízes, foi executada em outubro do mesmo ano, na cidade de Brasília, Brasil.

Este protocolo de telecuidado será empregado como estratégia de intervenção em pesquisa clínica de efetividade, com o propósito de aprimorar o autocuidado em indivíduos submetidos à hemodiálise, com aprovação ética pelo Comitê de Pesquisa da Faculdade de Medicina/UnB sob CAAE Nº 71222023.0.0000.5558.

Seleção dos juízes

A fase exploratória abrangeu a análise do protocolo de telenfermagem por seis enfermeiros, selecionados sem critérios quanto à expertise no tema ou método, por meio de currículos da plataforma *Lattes*. Na fase definitiva, profissionais graduados em enfermagem, detentores de titulação em nefrologia, foram deliberadamente selecionados por meio de amostra intencional, por conveniência, com base em sua expertise na área.

Os critérios de seleção abrangeram o conhecimento e a experiência em hemodiálise, verificados em seus currículos, de acordo com a escala adaptada e apresentada no Quadro 1 proposto por Guimarães et al.¹⁴ (2015). Nessa escala, pontos adicionais foram atribuídos considerando o tempo de prática profissional e as publicações na temática. Portanto, requereu-se um mínimo de 10 pontos para inclusão de um juiz na avaliação do instrumento.

Com o intuito de realizar essa seleção, procedeu-se a uma pesquisa na Plataforma *Lattes*, dirigida a doutores e outros pesquisadores, utilizando palavras-chave específicas no modo de busca: "Especialização em Enfermagem em Nefrologia" e "Residência em Enfermagem em Nefrologia". Currículos não atualizados até o ano de 2018 foram excluídos do escopo da seleção. Os primeiros cem currículos foram analisados, resultando na seleção de 25 possíveis pareceristas, dos quais 5 concordaram em contribuir para a pesquisa. Os juízes foram identificados pela letra J, seguida por uma numeração arábica sequencial de 1 a 5.

Crítérios	Pontos
Experiência clínica de pelo menos quatro anos na área específica (obrigatório)	4
Experiência de pelo menos um ano em clínica ensino da área específica e ensino de classificações de enfermagem	1

Experiência em pesquisa com artigos publicados em classificações de enfermagem em periódicos de referência	1
Participação de pelo menos dois anos em grupos de pesquisa na área específica	1
Doutorado em enfermagem na área específica	2
Mestrado em enfermagem na área específica	1
Residência em enfermagem na área específica	1

Quadro 1 – Critérios para a escolha de juiz especialista. Adaptado de Guimarães. Brasília, DF, Brasil, 2023.

Coleta de dados

Os juízes selecionados receberam convites para participar da avaliação por meio de correspondência eletrônica, para aqueles que expressaram interesse, foram encaminhados o termo de consentimento e o link para acessar o formulário eletrônico destinado à avaliação do protocolo. Estabeleceu-se prazo de 30 dias para a análise do material. Ao final da primeira quinzena desse período, foi enviado um lembrete aos juízes, destacando a aproximação da data final para a avaliação.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado em formato de formulário eletrônico, por meio da plataforma online Google Forms®, estruturado em sete seções distintas. Essas seções compreendem a caracterização do participante e avaliações de conteúdo, aparência e relevância dos domínios temáticos específicos relacionados à hemodiálise. A ferramenta permite que os participantes forneçam sugestões utilizando a funcionalidade de caixa de comentários.

Na avaliação de conteúdo e aparência, buscou-se obter a opinião dos especialistas sobre as definições operacionais e conceituais dos itens propostos em cada tópico relacionado ao telecuidado, conforme proposto por Almasreh et al.¹⁵ (2018). Para esse fim, uma escala de mensuração foi empregada, com quatro alternativas: 1 - inadequado, 2 - parcialmente adequado, 3 - adequado e 4 - totalmente adequado.

De maneira análoga, na avaliação da relevância, foram propostas as seguintes alternativas: 1 - irrelevante, 2 - necessita de uma grande revisão para ser considerado relevante, 3 - necessita de uma pequena revisão para ser considerado relevante e 4 - relevante. A avaliação da relevância visou identificar o grau de importância de cada item apresentado na composição do tópico discutido.¹⁵

Descrição do Protocolo Telecuidado

O instrumento propõe realizar cinco contatos telefônicos ao longo de três meses, cada um com uma duração estimada de 30 minutos, incluindo um período destinado à expressão do paciente. O protocolo estabelece os itens mínimos que devem ser abordados durante esses contatos, identificando-os como elementos essenciais para fortalecer a capacidade de autocuidado diante da doença renal e do processo de hemodiálise.

O telecuidado 1, intitulado "Sessões de Hemodiálise", é composto por 14 itens que abordam a necessidade de aderência às horas mínimas de hemodiálise prescritas e os impactos decorrentes da inadequação do tratamento. O telecuidado 2, denominado "Controle de Líquidos e Peso Seco", compreende 11 itens que discutem estratégias para o controle da ingestão de líquidos e a identificação de sinais e sintomas relacionados ao excesso de fluidos no organismo.

O telecuidado 3, centrado no "Acesso Vascular", é constituído por 14 itens que exploram os sinais de complicações no acesso vascular e os cuidados domiciliares associados. No que concerne ao telecuidado 4, voltado para a "Nutrição", apresenta 16 itens que abordam os principais eletrólitos influentes na hemodiálise, modulados pela ingestão alimentar, como potássio e fósforo.

Por fim, o telecuidado 5, focado na "Medicação", compreende 15 itens que versam sobre a indicação e os impactos dos principais medicamentos frequentemente prescritos para pacientes em hemodiálise, incluindo a eritropoetina e os quelantes de fósforo.

Análise dos Resultados

A avaliação de concordância entre os juízes foi realizada a partir do IVC (Índice de Validade de Conteúdo). Para obtenção IVC divide-se o quantitativo de respostas assinaladas como "3" e "4" (válidas) na escala Likert pelo número total de respostas. O IVC por item igual ou superior a 0,78 (indicado para avaliações com 6 ou mais especialistas) foi considerado adequado, abaixo desse valor o item foi revisado e reestruturado segundo os comentários e sugestões dadas pelos juízes.¹⁵

$$IVC \left(\text{item} = \frac{\text{número de respostas 3 e 4}}{\text{número total de respostas}} \right)$$

Ademais, calculou-se o Average-IVC (Ave-IVC), que é definido como a proporção média dos itens classificados como 3 ou 4 entre todos os especialistas para cada seção de telecuidado (Ave-IVCtelecuidado), bem como para o protocolo geral (Ave-IVCglobal). A fórmula utilizada foi: $(IVC1 + IVC2 + IVC3 + \dots + IVCn) / \text{total de número de itens}$, considerando-se 0,9 como excelente validade de conteúdo para o instrumento.¹⁶

RESULTADOS

Na avaliação inicial, o IVC global do instrumento foi 0,88. Quanto a avaliação de relevância, todos domínios mantiveram-se com o IVC $\geq 0,9$, com destaque aos domínios de Nutrição (0,98) e Acesso Vascular (0,96). Na validação da face, Sessões de Hemodiálise e Controle de Líquidos e Peso seco revelaram necessidade de ajustes, por apresentarem IVC de, respectivamente, 0,79 e 0,77. Os demais telecuidados totalizaram IVC $\geq 0,92$.

Com o propósito de ajustar a ferramenta e aprimorar sua compreensão foram implementadas alterações na redação dos itens avaliados. Adicionalmente, a escala de avaliação foi modificada de 5 para 4 pontos, abrangendo a variação de 1 (inadequado) a 4 (totalmente adequado) para aparência e compreensão, e de 1 (irrelevante) a 4 (relevante) para a análise da relevância, em concordância com a proposta metodológica.

O comitê de especialistas foi composto por cinco enfermeiros, dos quais três possuíam o título de doutor (60%), um o título de mestre (20%) e especialista em nefrologia (20%). A maioria era do sexo feminino (80%), com uma média de 11 anos de experiência profissional na área, distribuída entre o setor público (60%) e privado (40%). Todos os juízes (100,0%) tinham publicações de artigos em periódicos indexados em nefrologia. Dos cinco, três declararam atuar com ensino/educação (60%), com uma média de 12,3 anos de experiência nessa área, enquanto dois atuam na assistência clínica (40%).

No que tange à aparência e compreensão o IVC do instrumento foi de 0,75. Notavelmente, o domínio Hemodiálise, apresentou o menor IVC 0,67, destacando-se pela discrepância em relação ao IVC das análises dos demais. Em contraste, o telecuidado 5, que aborda cuidados com a Medicação, registrou um IVC de 0,78, evidenciando a pontuação mais elevada entre todos os domínios (Tabela 1).

	IVC* Aparência e Compreensão	IVC* Relevância
Telecuidado 1 – Sessões de hemodiálise	0,67	0,9
Telecuidado 2 – Controle de líquidos e peso seco	0,78	0,94
Telecuidado 3 – Acesso vascular	0,76	0,95
Telecuidado 4 – Nutrição	0,76	0,98
Telecuidado 5 – Medicação	0,78	0,97
IVC* geral	0,75	0,95
IVC* global	0,85	

* IVC: Índice de validade de conteúdo

Tabela 1 – Resultados do Índice de Validade de Conteúdo do Protocolo

No domínio Sessões de Hemodiálise, discutido no item 2, recomenda-se, conforme sugestão do J4, a substituição da definição empregada para kt/v por "indicador que representa quantidade de toxinas eliminadas do sangue durante o procedimento de hemodiálise". No

mesmo item, o J3 aconselhou abordar os fatores determinantes para alcançar um valor adequado de kt/v, tais quais: valores de ureia, desempenho da bomba sanguínea e acesso vascular pérvio.

No item 4, que trata do acúmulo excessivo de líquidos no organismo, foi proposto abordar sobre o mecanismo fisiopatológico subjacente à retenção hídrica em indivíduos submetidos à hemodiálise. Ainda, recomendou-se elencar os sintomas clínicos característicos do edema agudo de pulmão, tais como a sensação de afogamento.

Os avaliadores propuseram não apenas explorar a relevância da manutenção do calendário vacinal atualizado, da prática regular de atividades físicas e da abstenção do consumo de álcool ou outras substâncias tóxicas, mas também instruir o paciente sobre os motivos pelos quais esses comportamentos devem ser modificados.

No que diz respeito ao controle do peso e volume de líquidos ingeridos, um dos juízes enfatizou a necessidade de uma avaliação individualizada, em conformidade com o quadro clínico e o biótipo de cada indivíduo. Em relação às orientações nutricionais, observou-se uma ênfase dos especialistas em desaconselhar explicitamente o consumo de alimentos processados, ricos em fósforo e potássio, em substituição de apenas listá-los. Ademais, foi sugerida a revisão da definição de termos, como quelante, eritropoetina e comorbidades.

Quanto ao domínio 3, Acesso Vascular, J3 recomendou a ênfase junto aos pacientes sobre a necessidade da prática contínua de exercícios para fortalecer a Fístula Arteriovenosa (FAV), mesmo após o período de maturação estabelecido. Sobre o item 2, que reforça a troca do curativo de cateteres na clínica, a menos que o indivíduo detenha treinamento apropriado, J3 apontou discordância, ao afirmar que deve ser desaconselhado a realização do procedimento em domicílio. Sobremodo, J1 destacou a importância de o profissional enfermeiro discutir com o paciente as medidas a serem tomadas em caso de rompimento da FAV.

No tocante à relevância, associada às características que mensuram a magnitude de significância do material, obteve-se um IVC de 0,95. Nutrição foi identificado como o tópico de maior relevância dentro do instrumento, seguida pela Medicação. Nenhum domínio obteve pontuação inferior a 0,90, reforçando a importância dos assuntos abordados para o autocuidado das pessoas em hemodiálise.

Após análise de cada domínio, calculou-se a validade de conteúdo para o instrumento como um todo, apresentando IVC de 0,85, apesar de inferior ao recomendado, essa constatação reforça a legitimidade do instrumento elaborado.

DISCUSSÃO

A análise do comitê de especialistas evidenciou características fundamentais e significativas do instrumento, atribuindo-lhe uma classificação de muito bom ou excelente em

relação à aparência, compreensão e relevância. A disparidade nos IVCs na fase exploratória (0,88) quando comparado a avaliação final (0,85) pode ser atribuída ao nível de expertise dos juízes, selecionados por meio de um processo sistematizado (Guimarães, 2015), resultando em uma análise mais direcionada e crítica.

De forma análoga, a pontuação mais baixa do IVC associado à aparência e compreensão do instrumento (0,75) pode ser atribuída à indicação pelos juízes de se reestruturar a redação de alguns itens propostos tendo em vista as sugestões apresentadas que implicaram em ajustes estruturais, incluindo a substituição de termos, readequação de definições e complementação de informações, buscando simplificar a linguagem para o público-alvo. As sugestões foram avaliadas e implementadas a fim de otimizar compreensão do protocolo.

A complexidade envolvida na adaptação de conteúdo técnico-especializado para uma linguagem mais acessível está intimamente ligada aos desafios enfrentados na esfera da literacia ou letramento em saúde, que abarca habilidades cognitivas e sociais fundamentais para a compreensão e aplicação de informações no manejo das condições de saúde.¹⁷ A baixa escolaridade em pacientes submetidos à hemodiálise, evidencia uma população com restrições no acesso e compreensão das informações relacionadas à enfermidade e seu tratamento.¹⁸ Este cenário ressalta a necessidade do desenvolvimento de materiais informativos acessíveis e estratégias educacionais adaptadas às demandas específicas dessas pessoas.

Tal desafio se torna ainda mais preponderante frente aos diversos conhecimentos necessários no manejo da terapia dialítica e doença renal crônica. Nesse sentido, os cinco domínios explorados neste estudo foram previamente discutidos em pesquisas anteriores, enfatizando a relevância das temáticas abordadas.^{3,19-21}

Considerando o exposto, a significativa pontuação do IVC relacionada à relevância do instrumento (0,95) reitera a pertinência das temáticas selecionadas para fomentar o autocuidado em indivíduos submetidos à hemodiálise. Tal resultado indica a necessidade de realizar ajustes nos itens pontuados com baixa compreensão, em oposição à exclusão destes do protocolo.

No âmbito dos instrumentos educacionais propostos para a educação de indivíduos com doença renal crônica, observa-se uma prevalência de cartilhas educacionais.^{3,19-21} Em contrapartida, ao analisar a relevância da cartilha, considerando sua capacidade de induzir mudanças comportamentais e facilitar a prática do autocuidado, identificou-se discordância entre os membros do comitê de especialistas, conforme evidenciado em dois estudos distintos.¹⁹⁻²⁰

Sustentou-se que a simples leitura da cartilha não é suficiente para estimular os pacientes a adotarem práticas de autocuidado, indicando, assim, que esse tipo de material pode

ser utilizado pelos enfermeiros como um recurso de apoio para motivar e incentivar a implementação de cuidados na hemodiálise.²⁰

Nesse contexto, a telessaúde emerge como uma estratégia inovadora e eficaz para promover o autocuidado em indivíduos submetidos a hemodiálise, conforme evidenciado na literatura.^{5,12-13} A necessidade premente desses usuários adquirirem um conhecimento profundo sobre sua condição é primordial, e, nesse cenário, a utilização do acompanhamento telefônico e visitas domiciliares emerge como uma recomendação valiosa para potencializar a eficácia da educação desse grupo.¹³

O acompanhamento telefônico conduzido por enfermeiros destaca-se pelos benefícios evidentes, não somente no aprimoramento da educação em saúde, mas também na melhoria da adesão ao regime terapêutico, e a superação de desafios, como o esquecimento de orientações médicas.¹³ Além disso, a redução nas taxas de reinternação relacionada a telessaúde destaca seu impacto positivo na gestão da saúde dos pacientes em HD.⁵

Em uma perspectiva mais ampla, a comparação entre o ensino presencial e a educação a distância, no contexto da TS, indica que esta última é recomendada como uma abordagem eficaz, econômica, simples e atraente para pessoas que realizam hemodiálise, visto que reduz a frequência de deslocamentos para as clínicas.⁴⁻⁵ Os resultados sugerem que o acompanhamento telefônico desempenha um papel significativo na promoção de comportamentos saudáveis em pacientes em HD, aumentando a orientação e estimulando uma participação ativa no processo de tratamento.⁵

As limitações deste estudo derivam predominantemente de seu desenho metodológico voltado para a avaliação e validação de uma ferramenta. A constituição do comitê de avaliadores entre doutores e outros pesquisadores, realizada por meio da busca na plataforma *Lattes*, revelou-se desafiadora devido à falta de atualização de diversos currículos, o que impactou diretamente na aplicação dos critérios de seleção dos especialistas. Adicionalmente, a ineficácia do mecanismo de comunicação direta via plataforma *Lattes* tornou imperativo buscar os endereços eletrônicos dos indivíduos selecionados por meio das instituições de vinculação indicadas em seus currículos, possivelmente gerando um viés de seleção.

Destaca-se também a extensão do instrumento proposto para validação, justificado pela meticulosidade na elaboração de cada domínio temático resultando em um formulário eletrônico com 140 itens, distribuídos em sete seções. A complexidade do instrumento pode estar relacionada a baixa aderência dos juízes convocados para participar do estudo. Sobremodo, é crucial salientar que o instrumento em questão não foi validado pelo público-alvo, que poderia contribuir para aperfeiçoar a clareza e a usabilidade do mesmo.

CONCLUSÃO

O Índice de Validade de Conteúdo global do instrumento, registrado em 0,85, não alcançou o limiar mínimo preconizado pelo referencial metodológico, indicando a necessidade de revisão dos itens e a realização de uma nova fase de avaliação. Essa constatação deriva da análise crítica do comitê de especialistas, que atribuiu uma pontuação de 0,75 na avaliação da aparência e compreensão do protocolo, em contraposição à notável relevância, obtendo 0,95.

Esta discrepância ilustra o desafio diário enfrentado pelos profissionais de enfermagem no âmbito da educação em saúde, ao procurarem adequar o conteúdo técnico relacionado ao manejo da doença renal crônica para uma linguagem compreensível a esses usuários, capacitando-os para assumirem um papel ativo na gestão de seu plano terapêutico. Adicionalmente, destaca-se que as temáticas abordadas nos cinco domínios do instrumento estão em consonância com as discussões encontradas em outros estudos sobre a educação de pacientes em hemodiálise, reafirmando a pertinência desses temas na promoção do autocuidado e na adesão aos regimes de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. The National Kidney Foundation. Clinical Practice Guideline For The Evaluation And Management Of Chronic Kidney Disease [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 02]. Available from: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO-2023-CKD-Guideline-Public-Review-Draft_5-July-2023.pdf
2. Terra FS; Costa AMDD, Figueiredo ET, Morais AM, Costa MD, Costa RD. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. Rev Bras Clin Med [Internet]. 2010 [acesso 2023 Dec 02]; 8(3):187-192. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2010-03.pdf#page=2>
3. Corgozinho JC, Araújo LPC, Araújo DMS, et al. Intervenção educativa dos pacientes com doença renal crônica terminal: fatores de risco e complicações associadas. Rev. enferm. do Centro-Oeste Mineiro [Internet]. 2022 [acesso 2023 Dec 02]; 12:e4354. Disponível em: DOI:<http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4354>
4. Almeida OAE de, Lima MEF de, Santos WS, Silva BLM. Telehealth strategies in the care of people with chronic kidney disease: integrative review. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 02];31:e4049. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6824.4049>
5. Shahsavani A, Kiani F. Investigating the Effect of Telenursing on Health Promoting Behaviours of Haemodialysis Patients in Education Hospitals in Zahedan in 2017-2018. J Evol Med Dent Sci [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 02];8(44):3326-31. Available from: <https://link.gale.com/apps/doc/A612928362/AONE?u=anon~144d9408&sid=googleScholar&xid=0f4a0687>

6. Torres CR, Azevedo MVC, Santos GB, Vieira, JS. Educação em saúde como ferramenta de enfrentamento das doenças renais crônicas. *Journal of Health Connections* [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 02];9(2):15-26.
7. Cesarino CB, Casagrande LDR. Chronic renal patients in hemodialytic treatment: nurse's educative action. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 1998 [cited 2023 Dec 02]; 6, 31-40. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/MPHLgC3XgxTMxMWCNj7wgNv/?lang=pt>
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 35/2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde [Internet]. Brasil; 2007 [acesso 2023 Dec 02]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/deges/legislacao/2018-e-antes/2007/portaria3504012007.pdf/view>
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546/2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) [Internet]. Brasil; 2011 [acesso 2023 Dec 02]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html
10. Brasília (Distrito Federal). Resolução nº 696, de 17 de maio de 2022. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem. *Diário Oficial do Distrito Federal* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Dec 02]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022/>
11. Tariq A, Westbrook J, Byrne M, Robinson M, Baysari MT. Applying a human factors approach to improve usability of a decision support system in Telenursing. *Collegian* [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 02];24(3):227–36. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.02.001>
12. Kelly JT, Warner MM, Conley M, Reidlinger, DP, Hoffmann T, Craig J, et al. Feasibility and acceptability of telehealth coaching to promote healthy eating in chronic kidney disease: a mixed-methods process evaluation. *BMJ open* [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 02]; 9(1):1-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024551>
13. Arad M, Goli R, Parizad N, Vahabzadeh D, Baghaei R. Do the patient education program and nurse-led telephone follow-up improve treatment adherence in hemodialysis patients? A randomized controlled trial. *BMC nephrology* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 02]. 2: 1-13. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12882-021-02319-9>
14. Guimarães QCP; Pena SB; Lopes JDE; Lopes CT; Barros ALBT. Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. *Int J Nursing Knowledge* [Internet]. 2016 [cited 2023 Dec 02]; 27(3):130-135. Available from: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12089>

15. Almasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Res Social Adm Pharm* [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 02]; 15(2), 214-221. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741118302687>
16. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* [Internet]. 2007 [cited 2023 Dec 02]; 30(4):459-467. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
17. Shah, JM, Ramsbotham J, Seib C, Muir R, Bonner A. A scoping review of the role of health literacy in chronic kidney disease self-management. *J Ren Care* [Internet]. 2021 [cited em Dec 02];47(4): 221-233. Available from: <https://doi.org/10.1111/jorc.12364>
18. Piccin C, Girardon-Perlini NMO, Carli LC, Cruz TH, Beuter M, Burg G. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2018 [acesso em Dec 02]12(12);3212-3220. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234669p3212-3220-2018>
19. Nascimento JGL, Barbosa AS, Melo WS, Sousa INR, Pereira ACN, Nascimento JD, et al. Construção e validação de uma cartilha educativa com orientações de cuidados durante a hemodiálise. *Rev. Enferm. Atual In Derme* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Dec 02];97(3). Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.3-art.1970> Rev Enferm Atual In Derme 2023;97(3):e023176
20. Silva RRL, Aguiar VF, Beserra Filho FM, Cirino IP, Lima MA. Cuidados clínicos em hemodiálise: validação de cartilha educativa. *Rev Norte Mineira de enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Dec 02];7(1):5-16. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/antigo/index.php/renome/article/view/184>
21. Benites GO, Figueiredo PP, Sousa Canuso LD, Francioni FF. Construction of education technology for the self-care of people with chronic kidney disease in hemodialysis. *Res., Soc. Dev* [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 02];11(2):e14711222269-e14711222269. Available from: doi:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.22269>

TITULO EM CAIXA ALTA E NEGRITO COM NO MÁXIMO 15 PALAVRAS

Nome completo do autor¹

<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

Nome completo do autor¹

<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

Nome completo do autor¹

<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

¹ Instituição de vinculação do autor, Programa de Pós-graduação de vinculação, se houver. Cidade, Estado, País.

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação/tese – **inserir título do trabalho**, apresentada ao Programa de Pós-Graduação XXXX, da Universidade XXXX, em ano de apresentação.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Sobrenome AB, Sobrenome BC.

Coleta de dados:

Análise e interpretação dos dados:

Discussão dos resultados:

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo:

Revisão e aprovação final da versão final:

AGRADECIMENTO

FINANCIAMENTO

informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios. Incluir o numero do processo.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da INSTITUIÇÃO, parecer n. 000.0000/2019, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética XXXXXXXX.

CONFLITO DE INTERESSES

Informara se há ou não conflito de interesses.

HISTÓRICO (uso da revista)

Recebido:

Aprovado:

AUTOR CORRESPONDENTE

Nome completo

email@email.com

TITULO EM CAIXA ALTA E NEGRITO COM NO MÁXIMO 15 PALAVRAS

RESUMO

Objetivo: apresentado igualmente ao definido na introdução. Não incluir justificativas do estudo.

Método: deve incluir o desenho do estudo igualmente ao apresentado no método do estudo, local do estudo, incluindo cidade, Brasil; tipo e período da coleta dos dados e tipo de análise.

Resultados: descrever sucintamente os principais resultados do estudo

Conclusão: apresentar a contribuição do estudo.

DESCRIPTORES: incluir cinco a oito descritores no idioma original, separados por ponto. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

INTRODUÇÃO

Este template para artigos segue algumas orientações do modelo a VANCOUVER. Formatação da página em A4, margens 2cm. Letra Arial 12, espaçamento 1,5, justificado. Parágrafo 1,25 cm. Coluna única. Sem espaço entre os parágrafos.

Deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento, o "estado da arte" e os objetivos.

O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da Texto & Contexto Enfermagem

Não alterar a paginação. *Palavras estrangeiras devem estar em itálico.*

Para notas de rodapé e para a indicação da fonte (autoria) e do conteúdo das figuras e tabelas, usar fonte Arial, tamanho 11. Para as legendas das ilustrações e tabelas, usar fonte *Arial*, tamanho 10.

As siglas deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, após o seu significado, por extenso, quando da primeira citação no texto.

Artigo original

Contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar introdução, método, resultados, discussão e conclusão. A extensão total do artigo limita-se a 15 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

Relato de experiência ou Inovação tecnológica

Descrição de experiências de práticas de ensino, extensão ou assistência, ou descrição de produtos de inovação. tecnológica. O conteúdo deve apresentar introdução, método, resultados da experiência ou inovação e conclusão. Sua extensão limita-se a 10 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

Reflexão

De caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área de saúde e de enfermagem. O conteúdo

deve ser apresentado de forma a contemplar introdução, desenvolvimento da reflexão e conclusão. Sua extensão limita-se a 12 páginas, incluindo resumo e excluindo as referências.

Revisão

estudo que identifica, analisa e sintetiza resultados de estudos independentes sobre um determinado assunto. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta-análise, revisão integrativa e scoping review. Sua extensão limita-se a 20 páginas incluindo resumo, tabelas, quadros e referências.

MÉTODO

Apresenta o tipo de estudo, o contexto/população estudada, as fontes de dados e os critérios de seleção amostral, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), modalidade e período da coleta de dados, os processos de análise, entre outros.

Devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Em pesquisas qualitativas, a descrição do processo de análise deve contemplar o detalhamento dos passos específicos do estudo, não bastando indicar o tipo de análise efetuada.

Atenção: Números de CEP e CAAE devem ser incluídos em notas finais na página de identificação.

RESULTADOS

Não apresentar discussão, ou seja, limitar-se a apresentação dos resultados do estudo. Devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas ilustrações (tabelas, figuras e quadros), o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo nelas contido.

Na apresentação das seções o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = ***A cura pela prece***

Citações indiretas

Deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação.⁷

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separadas por um hífen.¹⁻⁵

Citações diretas

Devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] “o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”.^{1:30-31}

Verbatims

As citações de pesquisa qualitativa devem estar em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria deve ser sem itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* (e7).

Notas de rodapé

O texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: primeira nota*, segunda nota**, terceira nota***.

Tabelas/Quadros/Figuras

Devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

As tabelas, quadros e figuras são limitadas a cinco no total e devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, centralizada na página, com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, fonte 12, caixa alta apenas nas iniciais da variável. Exceto tabelas e quadros, todas as demais ilustrações

devem ser designadas como figuras. As tabelas, quadros e figuras devem estar mais próximas possível do trecho em que são citados, na ordem em que for mencionada. Deve ser citada no texto, por exemplo: (Tabela 1), conforme Quadro 1.

Tabela 1 - Título acima da tabela, informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto. Florianópolis, SC, Brasil, 2014. (n=110)

Descrição	n	%
Tipo		
Pessoal	10	5,5
Profissional	100	50,0

O teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, em tamanho 10, utilizando os símbolos na sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Nas tabelas, cada item deve estar em célula separada. Negrito somente nos cabeçalhos. Devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente. Subitens devem começar abaixo da 2ª letra do item. Devem apresentar dado numérico como informação central. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.

DISCUSSÃO

Não apresentar resultados e, ao término do texto, descrever as limitações do estudo.

Deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as recomendações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo

CONCLUSÃO

Manter o uso das siglas já usadas anteriormente. Devem responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências bibliográficas.

REFERÊNCIAS

1. As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
2. O número de referências nos manuscritos **limita-se a 30**, exceto em artigos de Revisão de Literatura.
3. Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos **cinco** anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos.
4. Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
5. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
6. No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.
7. Referências de artigos publicados na Revista Texto & Contexto Enfermagem e em outros periódicos brasileiros bilingues devem ser citadas no idioma INGLÊS e no formato eletrônico. incluir o endereço DOI
8. Devem ser citados responsáveis de dados de pesquisa, bem como métodos e programas de computador.
9. Devem ser evitadas citações de publicações, não convencionais, não indexadas, de difusão restrita e que em regra geral não apresentem ISBN, ISSN, ISAN ou DOI (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais).
10. Os manuscritos extraídos de teses, dissertações e TCCS não devem citar o trabalho original nas referências. Esta informação deverá ser inserida na página de identificação.
11. Trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé.
12. A fonte das referências deve ser Arial, tamanho 11, com espaçamento simples entre linhas, com alinhamento justificado, sem recuo.