

**PREVALÊNCIA DE DOR, INTERFERÊNCIA FUNCIONAL E SUA
RELAÇÃO COM VARIÁVEIS CLÍNICAS: um estudo em doentes renais
crónicos em tratamento de hemodiálise**

Carla Alexandra Ferreira Neves

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientador Científico: Professora Doutora Gorete Baptista

Bragança, março de 2023

Neves, CAF. (2023). Prevalência de Dor, Interferência Funcional e sua Relação com Variáveis Clínicas: um estudo em doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise. Relatório final de estágio. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, por serem modelos de coragem, pelo incentivo e por acreditarem, sempre, que seria capaz.

Obrigada pelo vosso amor, que me leva a nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de investigação é um percurso longo e trabalhoso, com inúmeros desafios que nos levam a um caminho de medos, incertezas, tristezas e alegrias, sendo necessário trilhá-lo com o contributo de várias pessoas a quem tenho o gosto de agradecer este projeto de vida, pois foi deles que retirei toda a força e energia.

Remeto um agradecimento especial à minha orientadora, Professora Doutora Gorete Baptista, pela forma carinhosa e palavras encorajadoras com que sempre me recebeu e que me deram força para continuar; por ter acreditado em mim e, acima de tudo, pelo que me fez evoluir com o seu interesse, dedicação e rigor científico, o meu muito obrigada!

À minha querida amiga, Enfermeira Nádía Sabino, pela companhia de viagens, pelo apoio e pelas horas de trabalho juntas, sempre tão saudáveis, agradáveis e motivadoras. Grata pela nossa amizade.

Aos meus pais e namorado pelo encorajamento, paciência, incentivo nas horas difíceis e pelo amor incondicional.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização deste sonho: a minha investigação que, juntamente com todo o percurso até este momento, me conduz ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

RESUMO

Introdução: A dor é um sintoma frequente nos doentes renais crónicos que fazem hemodiálise como tratamento de substituição da função renal, os quais referem sentir diferentes tipos, de dor, de intensidade e de localização variáveis. **Objetivos:** O objetivo geral do presente estudo foi avaliar a prevalência da dor e interferência funcional em doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise e a sua relação com variáveis clínicas. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal analítico, de abordagem quantitativa, numa amostra de 140 indivíduos com doença renal crónica e que efetuam tratamento de hemodiálise como meio de substituição renal. Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário, repartido em três partes: caracterização de variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas do doente renal crónico em programa de hemodiálise e o inventário “*Brief Pain Inventory- Short Form*” (BPI). Este inventário é formado por 15 itens que avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. **Resultados:** Amostra na sua maioria de homens (62,9%), com idades entre os 51 e 80 anos (63,6%), com manifestação de dor durante a HD (57,86%) e com perceção de dor que persiste no domicílio. 42,9% referiram dor máxima (6 a 10) na última semana e a maioria (82,9%) recorreu ao paracetamol para o alívio da dor, com apenas 20% a referir alívio total. Verificaram-se algumas relações estatisticamente significativas ($p < 0,05$): quem realiza hemodiálise há mais tempo é mais suscetível de apresentar dor não comum, com persistência no domicílio; menos tempo em tratamento maior interferência da dor nas atividades de vida diária; doentes com cateter venoso central referem mais queixas quanto à interferência nas atividades de vida diária e no trabalho normal. **Conclusão:** A dor não comum é prevalente entre os pacientes hemodialisados. Os resultados destacam a importância de uma abordagem interdisciplinar para a prevenção, tratamento e alívio da dor nesses pacientes, usando, além de terapias farmacológicas, também não-farmacológicas, tais como a fisioterapia e terapia ocupacional. **Palavras-chave:** Dor; Doente Renal Crónico; Hemodiálise; Intervenção; Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Pain is a frequent symptom in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis as a replacement treatment for renal function, who report feeling different types of pain, variable intensity and location.

Objectives: The general objective of the present study was to evaluate the prevalence of pain and functional interference in chronic kidney patients undergoing hemodialysis treatment and its relationship with clinical variables.

Methodology: An analytical cross-sectional study, with a quantitative approach, was carried out in a sample of 140 individuals with chronic kidney disease and undergoing hemodialysis treatment as a means of renal replacement. As a data collection instrument, a questionnaire was used, divided into three parts: characterization of sociodemographic variables and clinical variables of chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis and the inventory “*Brief Pain Inventory- Short Form*” (BPI). This inventory consists of 15 items that assess the existence, severity, location, functional interference, applied therapeutic strategies and effectiveness of pain treatment. **Results:** Sample mostly comprised of men (62.9%), aged 51 to 80 years (63.6%), with pain during hemodialysis (57.86%) and persistent pain perception at home. 42.9% reported maximum pain (6 to 10) in the last week, and the majority (82.9%) used paracetamol for pain relief, with only 20% reporting complete relief. Some statistically significant relationships ($p < 0.05$) were found: patients who had been undergoing hemodialysis for longer periods were more likely to present with non-common pain with persistence at home; less time in treatment meant more interference of pain in daily activities; patients with central venous catheters reported more complaints regarding interference in daily activities and normal work. **Conclusion:** Non-common pain is prevalent among hemodialysis patients. The results highlight the importance of an interdisciplinary approach for the prevention, treatment, and relief of pain in these patients, using not only pharmacological therapies but also non-pharmacological therapies such as physiotherapy and occupational therapy.

Keywords: Pain; Chronic Kidney Disease; Hemodialysis; Intervention; Nursing.

RESUMEN

Introducción: El dolor es un síntoma frecuente en pacientes renales crónicos que reciben hemodiálisis como tratamiento de sustitución renal, quienes refieren sentir diferentes tipos de dolor, de intensidad y de localización variables. **Objetivos:** El objetivo general del presente estudio fue evaluar la prevalencia del dolor y la interferencia funcional en pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis y su relación con variables clínicas. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal analítico, de enfoque cuantitativo, en una muestra de 140 individuos con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis como medio de sustitución renal. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario dividido en tres partes: caracterización de variables sociodemográficas y variables clínicas del paciente renal crónico en programa de hemodiálisis y el inventario “Brief Pain Inventory- Short Form” (BPI). Este está compuesto por 15 ítems que evalúan la existencia, severidad, localización, interferencia funcional, estrategias terapéuticas aplicadas y eficacia del tratamiento del dolor. **Resultados:** La muestra estaba compuesta en su mayoría por hombres (62,9%), con edades entre 51 y 80 años (63,6%), con manifestación de dolor durante la HD (57,86%) y con percepción de dolor que persiste en el residencia. 42,9% refirió dolor máximo (6 a 10) en la última semana y la mayoría (82,9%) recurrió al paracetamol para el alivio del dolor, con solo 20% refiriendo alivio total. Se encontraron algunas relaciones significativas ($p < 0,05$): quienes realizan hemodiálisis durante más tiempo son más susceptibles de presentar dolor, con persistencia en el domicilio; menos tiempo en tratamiento mayor interferencia del dolor en las actividades de vida diaria; pacientes con catéter venoso central refieren más quejas sobre la interferencia en las actividades de vida diaria y en el trabajo normal. **Conclusión:** El dolor no común es prevalente entre los pacientes hemodializados. Los resultados destacan la importancia de un abordaje interdisciplinario para la prevención, tratamiento y alivio del dolor en estos pacientes, utilizando además de terapias farmacológicas, también no farmacológicas, como la fisioterapia y terapia ocupacional.

Palabras clave: Dolor; Paciente Renal Crónico; Hemodiálisis; Intervención; Enfermería

ABREVIATURAS E SIGLAS

APIR- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais

AV- Acesso Vascular

BPI- Brief Pain Inventory- Short Form

DGS – Direção Geral da Saúde

DR– Doença Renal

DRC- Doença Renal Crónica

DRC- Doente Renal Crónico

DRCT- Doença Renal Crónica terminal

DRCT- Doente Renal Crónico Terminal

EE- Enfermeiro Especialista

EVA- Escala Visual Analógica

FAV – Fístula Arteriovenosa

HD- Hemodiálise

IDR – Instrumento de Recolha de Dados

IRC- Insuficiência Renal Crónica

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA: ASPETOS GERAIS.....	16
1.1. O Tratamento de hemodiálise e suas repercussões na vida do doente	17
2. A DOR NO DOENTE RENAL CRÓNICO EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE....	19
2.1. Cuidados de Enfermagem ao doente hemodialisado com manifestação de dor.....	20
2.1.1. Avaliação da dor no doente renal crónico em tratamento de HD.....	22
2.2. O contexto da intervenção do enfermeiro em nefrologia e dialise.....	23
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO	
1. METODOLOGIA	26
1.1 Tipo de Estudo.....	26
1.2. População/Amostra.....	27
1.3. Instrumento de Recolha de Dados.....	27
1.3.1. Variáveis em Estudo e sua operacionalização	28
1.4. Considerações Éticas.....	29
1.5. Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados	30
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	32
2.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos indivíduos da amostra.....	32
2.2. Prevalência da dor não comum sentida na última semana e no momento da aplicação do questionário nos indivíduos da amostra.....	35
2.3. Intensidade da dor não comum na última semana e no momento da aplicação do questionário nos indivíduos da amostra.....	37
2.4. Tipologia de tratamento efetuado para o alívio da dor não comum nos dos indivíduos da amostra.....	39
2.5. Relação entre a dor não comum (BPI) com as variáveis clínicas dos indivíduos da amostra.....	40
2.6. Avaliação da severidade, alívio e interferência funcional da dor relacionada com as variáveis clínicas dos indivíduos da amostra.....	41
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA	57
APÊNDICES	

Apêndice I- Relatório de Estágio.....	64
Apêndice II- Instrumento da Recolha de Dados.....	79
Apêndice III- Consentimento informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação.....	84

ANEXOS

Anexo I- <i>Brief Pain Inventory- Short Form (BPI)</i>	86
Anexo II- Autorização dos Autores Responsáveis pela Versão Portuguesa do BPI.....	88
Anexo III- Autorização do Autor do BPI.....	90
Anexo IV- Parecer da Comissão de Ética.....	91
Anexo V- Autorização da Clínica para Aplicação do IRD.....	92

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caraterísticas Sociodemográficas dos indivíduos da amostra.....	32
Tabela 2- Caraterísticas do tratamento de HD dos indivíduos da amostra.....	35
Tabela 3- Caraterísticas da dor não comum nos indivíduos da amostra.....	37
Tabela 4- Caraterização da dor não comum sentida durante a última semana pelos indivíduos da amostra.....	37
Tabela 5- Estratégias terapêuticas utilizadas pelos indivíduos da amostra no tratamento da dor não comum.....	39
Tabela 6- Relação entre a dor não comum e as variáveis Tempo HD, Tipo acesso, Dor durante e após tratamento HD, dos indivíduos da amostra.....	41
Tabela 7- Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com a causa da doença renal crónica dos indivíduos da amostra.....	42
Tabela 8- Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com as comorbilidades dos indivíduos da amostra.....	44
Tabela 9- Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com o tempo de realização da hemodiálise dos indivíduos da amostra.....	47
Tabela 10- Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com o tipo de acesso para HD dos indivíduos da amostra.....	48
Tabela 11- Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com dor sentida durante o tratamento dos indivíduos da amostra	49
Tabela 12- Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com a dor não comum persistente no domicílio dos indivíduos da amostra.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Causas da DRC nos indivíduos da amostra.....	34
Gráfico 2- Comorbilidades da DRC nos indivíduos da amostra.....	35
Gráfico 3- Dor Não Comum referida pelos indivíduos da amostra durante o tratamento de HD.....	36
Gráfico 4- Classificação da dor máxima, média e mínima referida na última semana.....	38
Gráfico 5- Classificação da intensidade da dor não comum sentida pelos indivíduos da amostra no momento da aplicação do questionário.....	39
Gráfico 6- Caracterização do alívio da dor não comum após a toma de medicação pelos indivíduos da amostra.....	40

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crónica (DRC) é uma lesão renal que resulta na progressiva diminuição da capacidade de os rins filtrarem os resíduos metabólicos do sangue, provocando uma perda irreversível da função glomerular, renal, endócrina e tubular (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016). A DRC é um problema de saúde pública, médica e mundial, a sua incidência e a sua prevalência são crescentes e acarretam custos elevados para o seu tratamento, nomeadamente na Hemodiálise (HD) e terapêutica medicamentosa (Nolasco et al., 2017).

Atualmente a HD é o tratamento de substituição renal mais utilizado a nível mundial, em que 90% dos doentes com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) são submetidos à HD, para a manutenção da vida (Jesus et al., 2018).

Sendo uma técnica muito utilizada conduz também a complicações, nomeadamente as intradialíticas, considerando como as mais frequentes, as reações pirogênicas, as cãibras, as náuseas e vômitos, o prurido, hematomas, pequenas perdas sanguíneas na zona da punção e obstipação, bem como dores crónicas, abdominais, torácicas e lombares.

A dor é classificada como aguda ou crónica, em que a primeira está relacionada a uma infeção, trauma ou outras doenças e pode durar minutos, dias ou semanas e a segunda está associada a doenças crónicas ou lesões de cicatrização incompleta com uma duração de três ou mais meses (Silva et al., 2020).

Como enfermeira considero a importância de se conhecer o nível e o tipo de dor prevalente no DRC em programa regular de HD, de forma a melhorar os cuidados inerentes à dor decorrente da HD, pelo que surge a presente investigação realizada no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Na realização do estudo, definimos como objetivo geral avaliar a prevalência de dor e interferência funcional em doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise e sua relação com variáveis clínicas. Para dar resposta a este objetivo, formularam-se objetivos específicos: Caracterizar a amostra ao nível das variáveis sociodemográficas e clínicas no doente renal crónico; Avaliar a prevalência e a intensidade da dor sentida na última semana e no momento da aplicação do questionário nos doentes renais crónicos; Identificar a tipologia de tratamento efetuado para o alívio da dor nos doentes renais crónicos; Avaliar a prevalência de dor e interferência funcional e sua relação com as variáveis clínicas dos doentes renais crónicos; Verificar a relação existente entre a severidade, alívio e interferência funcional nos doentes renais crónicos.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes fundamentais: o enquadramento teórico e estudo empírico. A primeira parte, apresenta a revisão bibliográfica que fundamenta o estudo, dando destaque à DRC, à HD e à dor. Na segunda parte é apresentada a metodologia utilizada no estudo empírico, nomeadamente o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados, as variáveis em estudo e os procedimentos. Posteriormente, são apresentados os resultados obtidos, assim como a sua análise e discussão, em confronto com o estado da arte sobre o tema, sendo feitas as conclusões a que esses resultados permitiram chegar.

Podemos dizer que o DRC em tratamento de hemodiálise tem como necessidade major ser acompanhado por profissionais especializados, com conhecimentos teóricos e práticos, capazes de dar auxílio de forma humanizada prevenindo e tratando as complicações decorrentes do tratamento em HD, nomeadamente a dor.

Este trabalho inclui o Relatório Final de Estágio (Apêndice I), que descreve as experiências e atividades realizadas ao longo dos três estágios realizados na Unidade Curricular.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA: ASPETOS GERAIS

Os rins são um órgão em forma de feijão, com 11cm de comprimento, 3cm de espessura e 5cm de largura com um peso aproximado de 130 gramas (Gomes, 2011).

Cada um deles formado por sensivelmente um milhão de nefrónios responsáveis pela filtração do sangue, sendo que a eliminação da água e dos resíduos tóxicos acumulados fica a responsabilidade do glomérulo, pequeno filtro que existe no nefrónio (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais [APIR], 2016).

Seguindo a linha de orientação de Schoppmeyer (2010), Mira et al. (2017), os rins têm como função vital a ultrafiltração, o equilíbrio ácido-base e eletrolítico, regulação da pressão sanguínea, excreção de resíduos e a regulação do metabolismo cálcio-fósforo. Aquando da DRC estas funções são postas em causa o que leva a alterações que originam disfunções endócrinas, metabólicas e distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-base.

Quando atingimos a cronicidade ocorre a perda de grande parte dos nefrónios de forma que estes deixem de desempenhar as funções normais dos rins. Consequentemente os rins deixam de desempenhar as suas múltiplas atividades, essenciais a vitalidade do corpo o que leva a população em geral à hospitalização (Sousa et al., 2019).

Segundo Mira et al. (2017) a DCR não é mais que uma lesão renal, que resulta na progressiva diminuição da capacidade de os rins filtrarem os resíduos metabólicos do sangue, Malkina (2020) e, provocando uma perda irreversível da função glomerular, renal, endócrina e tubular, (Mira et al. 2017; OE, 2016). A doença Renal (DR) é considerada DRC quando ultrapassa os 3 meses e/ou existe diminuição do débito de filtração glomerular inferiores a 60 ml/min/1,73m² (KDIGO, 2012 como citado em Mira et al., 2017).

O conceito de Insuficiência Renal Crónica (IRC) é usado para classificar o estágio da função renal, e esta é classificada em cinco estádios, variando de leve a grave. Esta classificação é avaliada pela taxa de filtrado glomerular calculado a partir da depuração da creatinina. Esta é a forma mais adequada para avaliar a função renal e é definida como a capacidade de eliminação de substâncias do sangue por parte dos rins (Sousa et al., 2019).

A National Kidney Foundation [NKF], (2021) afirmam que na DRC são classificados cinco estádios, em que o primeiro não há achados clínicos e laboratoriais visto que existe compensação dos nefrónios saudáveis pela perda de capacidade, do segundo até ao quinto há uma diminuição da função renal progressiva. O quinto estágio reflete o estágio terminal, considerado falência renal, o qual resulta na indicação para terapêutica de substituição da função renal, HD ou Transplante Renal.

Ao longo da investigação verificou-se que muitos dos estudos indicam as doenças renais (glomerulopatia, nefropatia, doença renal policística), as uropatias (infecções urinárias de repetição, obstruções urinárias e cálculos urinários) a hipertensão arterial e a diabetes mellitus como as principais causas da DRC sendo que se deve considerar também os fatores de risco como grupo étnico, envelhecimento e o histórico familiar (Andrade, 2021; Jesus et al., 2018; Mira et al., 2017;).

Analisando a Plataforma GID, constata-se que em março de 2020, havia 12 495 doentes em tratamento de hemodiálise em Portugal. Consideramos assim, urgente intervir na prevenção da DRC, investindo na identificação precoce e progressão da doença (Portal da Diálise, 2016).

1.1. O Tratamento de hemodiálise e suas repercussões na vida do doente

Atualmente, a HD é o tratamento de substituição renal mais utilizado a nível mundial, em que 90% dos doentes com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) são submetidos à HD, cujo objetivo é a manutenção da vida (Jesus et al., 2018; Santos et al., 2021; Tinôco et al., 2017).

A HD é o tratamento de substituição de função renal, nomeadamente, eliminação de produtos do metabolismo como a creatinina, ureia e regulação de fluidos e eletrolíticos (Fielding, 2019). A hemodiálise é uma técnica realizada por meio de uma máquina e tem como objetivo filtrar o sangue, ou seja, faz o trabalho que o rim doente não consegue fazer, elimina o excesso de toxinas, sais minerais e líquidos. É através dos achados clínicos e sintomas do doente que se dá início ao tratamento. Este inicia-se com a toma de terapêutica na tentativa de minimizar/controlar sintomas, quando esta, não tem resultados o doente é proposto para o tratamento de substituição renal, a HD. Aquando de um estágio mais avançado, o DRC fica dependente de tratamento de substituição renal (Graça, 2020).

A HD recorre a uma máquina chamada de rim artificial sendo o meio de tratamento mais usado na DRC (Sousa et al., 2019). Consiste na filtração de solutos e água pelo dialisador, o sangue proveniente do acesso vascular (AV) transita do circuito extracorporal até ao dialisador onde se realizam as trocas e é devolvido novamente ao doente (Fielding, 2019). Todo este processo carece de um monitor de HD, um AV e todo um sistema de tratamento de águas que a torna ultrapura para que o sangue seja devolvido em segurança ao doente (Galvão et al., 2018).

Seguindo o pensamento do mesmo autor, a HD é o método mais utilizado pelos doentes em Portugal, com uma duração média de 12 horas semanais, três vezes por semana.

Para HD é essencial a presença de um AV em bom estado, uma vez que, permite um grande débito de sangue, logo possibilita extrair e refundir uma elevada quantidade de sangue. A

seleção do AV está dependente do historial vascular do doente bem como do tempo disponível para dar início ao tratamento de HD.

A HD assume grande importância para os DRC, pois aumenta a sua sobrevivência bem como a sua qualidade de vida. No entanto, durante o tratamento de HD surgem complicações como hipotensão, hipertensão, cefaleias, câibras, náuseas, calafrios e dor. Estas alterações podem estar relacionadas com as condições clínicas do doente e com as características do tratamento, nomeadamente o tipo de dialisador utilizado. Tudo isto vai exigir dos profissionais de saúde um acompanhamento atento e personalizado de forma a diminuir essas intercorrências e consequentemente a taxa de mortalidade (Evaristo et al., 2020).

Os doentes com IRC enfrentam mudanças significativas durante o tratamento Hemodialítico. São alguns os casos em que se desconhece, desde a causa da doença até ao agravamento do quadro clínico, o que leva o DRC a vivenciar sentimentos de negação e revolta, referindo-se mais tarde ao tratamento como aquele que lhe rouba liberdade (Ibiapina et al., 2016).

Segundo Castro et al. (cit in Barros, 2022), o progresso da doença crónica é incapacitante e está associado à deterioração, à diminuição de competências e à dor, quer emocional quer física, o que gera incapacidade e dependência de terceiros.

Nesta fase existe todo um conjunto de patologias e sintomas associados que provocam alterações no estilo e qualidade de vida do doente, levando-os a exigir dedicação por parte das suas famílias. O portador de DRC enfrenta condições de ajuste de vida, organização familiar e social, alterações nas suas rotinas e nas expectativas em relação ao futuro (Pretto et al., 2020).

O tratamento de hemodiálise é uma técnica em que frequentemente ocorrem complicações intradialíticas considerando, como as mais frequentes, a reação pirogénica, as câibras, as náuseas e vômitos, o prurido, hematomas, pequenas perdas sanguíneas na zona da punção, obstipação e dor abdominal, torácica e lombar (Tinôco et al., 2017).

Este tratamento tem ainda repercussões psicossociais, podendo levar à perda de emprego, a limitações na locomoção e lazer, à diminuição da autonomia, bem como alterações da imagem corporal, contribuindo para o aparecimento de problemas psicológicos (Ribeiro et al., 2020). Sendo que, ao longo do tempo, tende a apresentar depressão associada a tristeza, desilusão, angústia e medo, o que pode levar os DRC ao isolamento, desencadeando sensação de incapacidade e/ou dificuldade de viver Pretto et al. (2020), talvez sendo os aspetos mais impactantes a considerar, pelo sofrimento que acarretam.

É de suma importância compreender o DRC e toda a sua complexidade, para que se consiga proporcionar um tratamento de excelência e maior qualidade de vida (Barros, 2022).

2. A DOR NO DOENTE RENAL CRÓNICO EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

A dor é comum em pacientes em hemodiálise e pode ser causada por múltiplos fatores, incluindo doenças subjacentes, processos de doença renal, procedimentos de hemodiálise e comorbilidades (Davison et al., 2017).

Marques et al. (2016) afirma que a dor, mais do que um sintoma, é uma experiência incapacitante que pode estar associada a lesão renal e resulta em alterações significativas para o DRC, limitando as suas atividades de vida diária que se repercute na qualidade de vida (Marques et al., 2016).

A dor identificada pelo DRC, segundo Marques et al. (2016), é intensa e com localizações variadas, relacionada com a incidência de várias patologias e perda de massa muscular não descurando das intercorrências durante o tratamento que causam dor.

Cada doente sente a dor de maneira diferente, esta pode ser classificada como aguda ou crónica, sendo que a primeira pode ter uma duração breve, dias ou mesmo semanas e relacionada a traumas, infeções ou outras doenças por outro lado a dor crónica esta associada como o próprio nome indica a doenças crónicas ou lesões com cicatrização incompleta e pode ter uma duração de três meses ou mais. O portador de DRC em dialise descreve a dor como guinada perceptível, fina que incomoda e leva a exaustão e irritação, (Silva et al., 2020) afirmando que as várias horas na mesma posição semanas após semanas agrava a dor musculoesquelética (Sousa et al., 2019).

Segundo Marques et al. (2016); Vides e Martins (2017) as cefaleias no DRC surge pelo aumento da pressão arterial, a dor muscular emerge após câibras provocadas pela remoção rápida de líquido corporal e a dor torácica é da reação ao dialisador conhecida por síndrome de primeiro uso.

Esses queixumes estão muitas vezes associados à elevada incidência de doença óssea, à perda progressiva de massa muscular, à incidência da Diabetes Mellitus, a doenças neurológicas e a obstruções vasculares (Marques et al., 2016).

Frequentemente os DRCT apresentam dor associada a doença óssea renal (osteíte fibrosa cística, amiloidose e osteomalácia, osteoartrite, arteriopatía urémica calcificada e neuropatia periférica) (Santos et al., 2021).

2.1. Cuidados de Enfermagem ao Doente Hemodialisado com Manifestação de Dor

A hemodiálise é um procedimento utilizado para remover resíduos e excesso de líquidos do sangue de pacientes com insuficiência renal. No entanto, muitos pacientes experimentam a dor durante o processo, que pode ser atribuída à inserção do cateter de diálise, à fístula arteriovenosa ou à câibra muscular induzida pela hemodiálise. A dor é um sintoma comum entre os doentes hemodialisados e pode ter um impacto significativo na qualidade de vida e na adesão ao tratamento.

Para minimizar a dor durante a hemodiálise, é fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sejam sensíveis às necessidades e preocupações dos doentes e estejam atentos aos sinais de dor. Uma abordagem multidisciplinar é necessária, envolvendo médicos, enfermeiros e terapeutas, para controlar a dor e promover o conforto dos doentes.

Vários estudos recentes abordam intervenções não farmacológicas no doente hemodialisado com dor (Aboul et al., 2018; Ceballos et al., 2019; Davison, 2017; Dutton et al., 2017; Kimmel, 2017; Lee et al., 2020; Nagoor e Sathiya, 2019; Taghizadeh et., 2021).

Taghizadeh et al. (2021), investigaram a eficácia da aromaterapia com óleo essencial de lavanda na redução da dor em doentes hemodialisados. Os resultados indicaram que a aromaterapia foi eficaz na redução da dor e melhorou as condições vitais dos doentes.

O estudo de Lee, et al. (2020) avaliou a eficácia da aplicação de compressa quente na redução da dor em doentes hemodialisados. Os resultados sugerem que a aplicação de compressa quente pode ser uma opção eficaz para reduzir a dor em pacientes submetidos à hemodiálise e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Nagoor e Sathiya (2019) realizaram um estudo onde avaliaram a eficácia da técnica de relaxamento muscular na redução da dor em doentes hemodialisados verificando-se que a técnica de relaxamento muscular foi eficaz na redução da dor além de melhorar a qualidade de vida dos doentes.

O estudo de Aboul et al. (2018) avaliou intervenções não farmacológicas para reduzir a dor e fadiga em pacientes hemodialisados. Os resultados mostraram que técnicas como exercícios de respiração, acupressão e música podem ser eficazes na redução da dor e fadiga em pacientes submetidos à hemodiálise.

Kimmel (2017) avaliou a prevalência, causa, gravidade e gestão da dor em doentes em hemodiálise. Mostrou que a dor é comum em pacientes em hemodiálise e pode ser causada por múltiplos fatores, incluindo doenças subjacentes, processos de doença renal, procedimentos de hemodiálise e comorbidades.

Davison (2017), no seu estudo concluiu que a gestão da dor pode incluir terapias farmacológicas e não farmacológicas, mas é desafiador devido a múltiplos fatores. Destaca a necessidade de uma abordagem individualizada para o controlo da dor em pacientes em hemodiálise.

Também Dutton et al. (2017), chegou a conclusão de que o controlo da dor em doentes em tratamento de HD deve incluir terapias farmacológicas e não farmacológicas. O estudo conclui que a gestão eficaz da dor é fundamental para melhorar a qualidade de vida e reduzir a morbidade e mortalidade.

No estudo realizado por Heidari et al. (2017), a administração de analgésicos e a utilização de técnicas de relaxamento foram eficazes para controlar a dor em pacientes hemodialisados. O estudo também destacou a importância da comunicação eficaz entre o enfermeiro e o paciente para melhorar o alívio da dor.

Da literatura consultada, podemos então apontar algumas das medidas que os enfermeiros podem tomar para aliviar a dor em doentes hemodialisados:

- Identificar a causa da dor e realizar uma avaliação completa do doente;
- Administrar analgésicos antes, durante ou após a hemodiálise;
- Utilizar técnicas de relaxamento, como massagem ou musicoterapia;
- Garantir que o paciente esteja posicionado adequadamente durante o procedimento para evitar desconforto muscular;
- Proporcionar um ambiente confortável e tranquilo para o doente durante a hemodiálise;
- Utilizar técnicas de distração, como filmes ou jogos, para reduzir a perceção da dor;
- Oferecer apoio emocional e psicológico aos doentes que experimentam dor.
- É importante que os enfermeiros sejam capacitados e estejam atualizados com relação às técnicas de controle da dor em doentes hemodialisados.
- É importante que os enfermeiros trabalhem em estreita colaboração com os médicos para desenvolver um plano de cuidados individualizado para cada doente.

Em resumo, o alívio da dor em pacientes hemodialisados é um aspeto fundamental dos cuidados de enfermagem em nefrologia. É importante que os enfermeiros identifiquem a causa da dor e implementem medidas de alívio da dor adequadas e eficazes para melhorar a qualidade de vida e a adesão ao tratamento desses doentes.

2.1.1 Avaliação da dor no doente renal crónico em tratamento de HD

International Association for the Study of Pain, refere-se a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial ao tecido, ou descrita em termos de tal dano” (Raja et al., 2020, p.1).

O controlo da dor é um direito humano universal que deve estar ao alcance de todos, uma vez que, ainda não foi comprovado que a sua evolução seja benéfica, bem pelo contrário, só aumenta a mortalidade e morbilidade.

A dor tem a necessidade de ser identificada e quantificada para um tratamento e intervenção eficaz, sendo que a avaliação da dor confirma a importância da intervenção do enfermeiro para um reconhecimento fiel de forma a evitar erros. A dor é uma ocorrência complexa e pluridimensional com elementos cognitivos, sensoriais, fisiológicos, comportamentais e socioculturais que transpomos mediante a descrição de dor pelo doente.

Não há melhor avaliador do que aquele que a sente, muitas são as situações em que essa avaliação não pode ser feita pelo próprio e cabe aos profissionais de saúde sendo que esta avaliação nos leva a duas formas distintas de avaliar a dor, por autoavaliação ou por heteroavaliação. Para se quantificar a intensidade da dor foram surgindo escalas validadas de forma a avaliar respostas verbais e não verbais à dor, utilizadas e comprovadas para utilização em todas as idades e situações clínicas (Batalha, 2016, Silva et al., 2020).

Aquando da escolha de uma dessas escalas, segundo Batalha (2016), devemos ter em conta: a fiabilidade e validação da mesma; comparar a quantificação da escala comparada com as demais; os critérios de interpretação; o tempo despendido e a sua facilidade de uso; tipo de dor, se persistente ou se aguda; a idade e o seu desenvolvimento cognitivo e a situação clínica do doente. Sendo que o tipo de dor, idade e condição clínica são critérios de ouro na prática clínica. Também Afonso (2021) refere que, no que toca a avaliação da intensidade da dor, existem dois tipos de escalas: multidimensionais e unidimensionais. As avaliações unidimensionais usadas para avaliar a intensidade da dor, considerando um valor qualitativo e numérico em que a seu uso envolve menos tempo e requer uma funcionalidade cognitiva menor por parte dos avaliados, são exemplos a Escala Visual Analógica (EVA) de Clarke e Spear (1964) é uma escala de 0 a 100 mm, onde se pode verificar uma diferença significativa com uma alteração de 35 mm ou mais entre dois momentos de avaliação (Miguel, 2019) e a Escala de Faces, que se apresenta sob forma de faces para que o doente represente melhor a sua dor (Direcção Geral da Saúde [DGS], 2003).

As multidimensionais, segundo, Nascimento et al. (2020) são usadas em avaliações do efeito da dor diariamente e na qualidade de vida, como o Questionário da dor de McGill, desenvolvida por Melzack e Torgerson em 1971, utilizado para distinguir o lado emocional do lado sensitivo da dor e usada em síndromes crônicas e a Brief Pain Inventory (BPI) de Cleeland, (1991) estruturada de forma a avaliar a intensidade/severidade da dor e interferência da dor na vida do doente (DGS, 2003).

Avaliar a intensidade da dor de forma a identificá-la, fundamenta os cuidados dos profissionais de saúde e a sua quantificação leva a intervenções e tratamentos de qualidade (Batalha, 2016). A avaliação da dor em doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise é essencial para uma abordagem interdisciplinar que permita o alívio da dor e a melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Além da utilização de escalas, torna-se importante considerar as variáveis clínicas, como tempo de tratamento e tipo de acesso vascular, na avaliação da dor e na definição de estratégias terapêuticas para o alívio da dor nesses pacientes. As intervenções de enfermagem associadas a outras especialidades, podem desempenhar um papel fundamental nesse processo.

2.2 O contexto da intervenção do enfermeiro em nefrologia e diálise

A Enfermagem assume-se como a área da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de forma que o Ser Humano recupere ao máximo a sua capacidade funcional (OE, 2015).

Desta forma o enfermeiro especialista, tem a seu cargo competências comuns e específicas independentemente da especialidade em que atua (OE, 2015). Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, verifica-se que este possui competências em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2019).

Considerando a OE (2016), o enfermeiro em nefrologia especificamente em tratamento dialítico ...“face ao contexto específico de intervenção do enfermeiro em técnicas dialíticas, nomeadamente a elevada complexidade, a exigência e os riscos associados ao tratamento dialítico” (OE, 2016: 14), considera recomendável que 50% dos enfermeiros possuam competências de especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica ou crónica e paliativa.

Segundo o regulamento n.º 429/2018, constam das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC) na área de enfermagem da pessoa em situação crítica, o EEEMC:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

Pretende-se assim, nos cuidados em HD, garantir o bem-estar do doente, assegurando as suas funções vitais e prevenir complicações (OE, 2011). Em contexto de HD, devido a complexidade do tratamento e tratando-se de pessoa com falência orgânica deve o profissional de enfermagem adiantar-se perante a instabilidade e o risco de falência.

A equipa de enfermagem tem como responsabilidade acompanhar e acolher o doente e a sua família em todo o seu processo evolutivo de forma a criar empatia para uma melhor prestação de cuidados humanizados levando a maior qualidade de vida.

A prestação de cuidados em HD possui características que os distingue dos demais cuidados devido a necessidade de manipular equipamentos de alta tecnologia e a constante possibilidade de intercorrências durante as sessões de HD (Ribeiro et al., 2020).

Posto isto, verificamos que o enfermeiro é imprescindível desde a identificação dos sinais e sintomas, no diagnóstico até ao tratamento do DRC, promovendo qualidade de vida quer na adaptação e conhecimento quer no acompanhamento qualificado direcionando ao doente para o autocuidado, hábitos de vida saudável, acompanhamento familiar. Ressalva-se ainda o facto de o enfermeiro participar no processo de realização da HD destacando-se a resolução de necessidades durante a sessão (Teodózio et al., 2018).

O enfermeiro tem um papel de realce não só na manutenção da saúde do doente em HD como também na atuação e prevenção antecipada de complicações durante a sessão (Gonçalves et al., 2020).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A investigação não é mais do que uma atividade da ciência que procura questionar e analisar a realidade num esforço ordenado de atribuir respostas às questões, ou seja, tem uma meta, a qual significa caminho, discurso ou estudo que compreende a análise e avaliação de múltiplos trilhos disponíveis, ou seja, necessita de uma metodologia, sendo esta o procedimento que atribui a obtenção do conhecimento através da realidade (Vilelas, 2020).

Uma vez que o sucesso da investigação depende da metodologia escolhida pelo investigador, tentamos resumir através deste capítulo os procedimentos usados ao longo deste percurso. Foram definidos, o tipo de estudo, o local de realização do estudo e limitada a população/amostra, as variáveis, o instrumento e procedimentos de recolha de dados e estatísticos, ainda salvaguardando as questões éticas, caminhos que percorremos para dar resposta à questão de partida “Qual a prevalência da dor no doente renal crónico em tratamento de hemodiálise e sua relação com variáveis clínicas.” e, daí, aos objetivos do estudo:

Objetivo geral:

- Avaliar a prevalência de dor e interferência funcional em doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise e sua relação com as variáveis clínicas.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra ao nível das variáveis sociodemográficas e clínicas no doente renal crónico;
- Avaliar a prevalência e a intensidade da dor sentida na última semana e no momento da aplicação do questionário nos doentes renais crónicos;
- Identificar a tipologia de tratamento efetuado para o alívio da dor nos doentes renais crónicos;
- Avaliar a prevalência de dor e interferência funcional e sua relação com as variáveis clínicas dos doentes renais crónicos;
- Verificar a relação existente entre a severidade, alívio e interferência funcional nos doentes renais crónicos.

1.1. Tipo de Estudo

Desenvolveu-se um estudo transversal analítico, sendo pertinente seguir esta metodologia de investigação por ser a mais adequada para a prossecução dos objetivos desta investigação,

nomeadamente avaliar a prevalência da dor em doentes em hemodiálise e a possível influência das variáveis clínicas.

Os estudos transversais analisam a relação entre a frequência da doença e outras características da população num determinado tempo e lugar (Vilelas, 2020).

O estudo analítico é delineado para estudar possíveis relações de causa-efeito conhecendo as variáveis da população e estabelecendo a sua relação de forma mais completa (Fronreira, 2013).

1.2. População/Amostra

A população do estudo foi composta por 218 doentes renais crónicos em tratamento de HD, repartidos pelas três clínicas do Nordeste Transmontano (54 doentes na clínica 1; 108 doentes na clínica 2; 56 doentes na clínica 3).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para a obtenção da amostra para o estudo: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar em tratamento há mais de três meses e apresentar dor em alguma parte do corpo na última semana, em algum momento do tratamento ou no seu quotidiano e que aceitaram participar no estudo.

Como critérios de exclusão foram considerados os doentes invisuais, doentes surdos, doentes com diagnóstico de transtorno psiquiátrico/demência, incapacidade cognitiva para a compreensão do questionário e doentes que se encontravam de férias no período de recolha de dados.

Assim sendo, a amostra em estudo foi constituída por 140 doentes com DRC em tratamento de HD, tendo sido excluídos 78 por não possuírem capacidade cognitiva/incapacidade de compreensão para responder. Para a exclusão recorreu-se a ajuda dos enfermeiros presentes nos turnos de HD por possuírem um profundo conhecimento sobre os seus doentes.

1.3. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados utilizado no estudo é o questionário constituído por três partes (apêndices II):

Parte I – Dados sociodemográficos: questões de resposta fechada e aberta que visam a caracterização do doente renal crónico relativamente ao género, idade (anos), estado civil, área de residência, com quem vive, grau de escolaridade, situação profissional, nível de rendimentos, crenças religiosas, tempo de demora na deslocação ao local de tratamento de hemodialise (horas) e tipo de transporte utilizado na deslocação ao local de tratamento de hemodiálise;

Parte II – Dados clínicos: questões de respostas fechadas que visam a caracterização do doente renal crónico relativamente à causa da doença renal crónica, comorbilidades, tempo de realização de HD, duração da sessão de HD, tipo de acesso e caracterização da dor;

Parte III – Composta pelo Inventário Resumido da Dor- Formulário Abreviado (BPI) validado para a população portuguesa, foi feito o pedido de utilização aos autores de validação para a população portuguesa e ao autor da escala.

O Brief Pain Inventory (BPI) foi desenvolvido por Charles Cleeland, em 1991, e traduzido, adaptado culturalmente e validado para a população portuguesa por Azevedo et al. (2007), tendo sido designado por *Inventário Resumido da Dor*.

O Brief Pain Inventory (Formulário Curto) é uma ferramenta utilizada para avaliar a intensidade da dor em pacientes com doenças crónicas. Ele consiste em 9 itens divididos em duas partes: a primeira parte avalia a intensidade da dor (quando ela ocorre, quão forte ela é, quanto ela interfere nas atividades diárias, e qual é a pior e a melhor intensidade de dor experimentada nas últimas 24 horas); a segunda parte avalia o impacto da dor na qualidade de vida do paciente (como a dor afeta o humor, a mobilidade, o sono, as relações sociais e a capacidade de cuidar de si mesmo).

A Faculdade de Medicina da Universidade do Porto realizou a tradução, adaptação cultural e validação do Brief Pain Inventory (Formulário Curto) com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD. Esse processo foi realizado para garantir que a versão em português da ferramenta seja compreensível e adequada para uso em pacientes que falam português. A adaptação cultural envolveu uma revisão dos itens do Brief Pain Inventory (Formulário Curto) para garantir que eles fossem relevantes e culturalmente apropriados para a população portuguesa. A validação da ferramenta foi realizada por meio de um estudo piloto envolvendo pacientes com dor crónica em Portugal. Os resultados do estudo indicaram que a versão em português do Brief Pain Inventory (Formulário Curto) é uma ferramenta confiável e válida para avaliar a intensidade da dor e o impacto na qualidade de vida em pacientes portugueses (Azevedo et al., 2007). É uma escala que tem sido usada e validada em outros estudos, como por exemplo no de Carvalho et al. (2013), onde o autor original, Charles Cleeland, chamando-lhe BPI-SF.

1.3.1. Variáveis em Estudo e sua operacionalização

Neste estudo, consideram-se diferentes tipos de variáveis, nomeadamente variáveis de caracterização clínica e a dor.

As variáveis de caracterização Clínica, consideradas as variáveis independentes do estudo, correspondem à parte II do questionário e são constituídas por 6 subvariáveis:

a causa da doença renal crónica (diabetes, hipertensão arterial, infeção renal, doença autoimune, rins poliquísticos), comorbilidades (hipertensão, diabetes, hipotiroidismo/hipertiroidismo, doença osteoarticular, doença cardíaca, doença obstrutiva pulmonar), tempo de realização de HD (anos), duração da sessão de HD (horas), tipo de acesso (fístula arteriovenosa, cateter venoso central, prótese de politetrafluoroetileno). Por fim a 6ª subvariável avalia a presença de dor (sim, tenho sempre dor; Sim tenho dores, mas só as vezes; Não tenho qualquer tipo de dor; Não consigo especificar) é operacionalizada nos quatro subitens em que o 1 avalia a caracterização da dor (cólica; pontada; queimação; latejante) o 2 itens avalia a dor no tempo (contínua; cíclica; intermitente), e o 3 item avalia a dor no tratamento de HD (sim e não) e em último o 4 item avalia a persistência de dor no domicílio (sim e não).

A dor manifestada pelo doente renal hemodialisado, assume a designação de variável dependente quantitativa ordinal. Esta variável é operacionalizada pelo inventário resumido da dor (BPI) bem como pela subvariável número 6 da parte II do questionário. a qual foi apresentada anteriormente. Assim sendo a dor é operacionalizada pelo BPI nos seguintes itens. Inclui um item dicotómico para verificação da existência de dor; um item para a localização da dor (através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano); uma escala de severidade de dor constituída por quatro itens (itens 3, 4, 5, e 6- máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10, em que 0 = "sem dor" e 10 = "a pior dor que se pode imaginar"); um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas; um item que quantifica, em termos percentuais (de 0% a 100%, em que 0% = "nenhum alívio" e 100% = "alívio completo"), a eficácia dos tratamentos utilizados; uma escala de interferência funcional constituída por sete itens (itens 9a, 9b, 9c, 9d, 9e, 9f e 9g) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10, em que 0 = "não interferiu" e 10 = "interferiu completamente") que avaliam a interferência da dor na atividade geral, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver.

1.4. Considerações Éticas

Nesta investigação foram assegurados os cinco princípios do Código de Ética de Nuremberga: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e, finalmente, o direito a um tratamento justo e equitativo (Tribunal de Nuremberg, 1947).

Ao abrigo do Código de Ética de Nuremberga, da Declaração de Helsínquia (direito da liberdade de escolha, respeito pelas pessoas, princípio da justiça) e do Relatório de Belmont (princípio da beneficência, respeito pela dignidade humana e princípio da justiça), antes do início da colheita de dados será assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados de cada participante (Associação Médica Mundial, 2013).

Antes da aplicação do IRD foi solicitado a cada participante o preenchimento do consentimento livre e esclarecido. Esse consentimento esclarece cada participante que a sua participação no estudo é voluntária e que a qualquer momento poderá terminar a sua participação no estudo, sem qualquer repercussão ou prejuízo.

O presente estudo bem como o IRD, foi submetido à apreciação da comissão de ética do Instituto Politécnico de Bragança.

Para a utilização do Inventário Breve da Dor foi solicitada autorização ao autor e aos responsáveis pela versão portuguesa (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto), anexo II e III respetivamente, seguindo-se o pedido de autorização para aplicação dos questionários dirigido à direção das clínicas de hemodiálise do Nordeste Transmontano (anexo V) após a autorização da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança (anexo IV).

1.5. Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados

A recolha de dados foi realizada após solicitação de autorizações e datas de aplicação previamente definidas e combinadas entre o investigador e os enfermeiros de cada clínica, a mesma foi realizada através de inquérito aplicado pela investigadora no período compreendido entre outubro e dezembro de 2022, nos 4 turnos de tratamento.

Os dados foram posteriormente transcritos para uma base de dados, pelo número de codificação atribuído, sendo utilizado o programa SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences®).

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva e inferencial, recorreu-se à distribuição de frequências e às medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana, assim como à representação gráfica.

Para a variável independente, causa da doença renal e comorbilidades recorreu-se à representação gráfica, nomeadamente os gráficos de barras. Por sua vez as variáveis independentes clínicas e a variável dependente sobre a dor não comum foram caracterizadas através de tabelas de frequências.

Para a visualização da intensidade da dor não comum na última semana, no momento da aplicação do questionário e do alívio após medicação recorreu-se aos gráficos de barras.

A caracterização das dimensões da escala Brief Pain Invent foi utilizando as medidas estatística: mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Na análise inferencial recorreu-se aos testes não paramétricos U-Mann-Witney para detetar diferenças significativas entre dois grupos independentes, para comparação de três ou mais grupos utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, atendendo à natureza das variáveis em análise (medição da intensidade da dor e da interferência da dor não comum com ordenação) e ao facto de estas não verificarem o pressuposto da normalidade (Politi et al., 2021).

Assim sendo, para comparar a intensidade e interferência da dor não comum por: tipo de dor não comum, tipo de acesso, sensação de dor durante o tratamento e persistência da dor utilizou-se o teste não paramétrico U-Mann-Witney.

Por outro lado, para comparar a intensidade e interferência da dor não comum por: tempo de realização de hemodiálise utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

Foi também utilizado o teste de independência do qui-quadrado para inferir sobre as possíveis associações da existência de dor não comum com as características do doente renal crónico (Bassetto, 2021).

Este teste pressupõe que a amostra seja de grande dimensão e que pelo menos 80% das frequências esperadas sejam no mínimo de cinco, quando não se verifica o pressuposto da frequência esperada recorre-se ao teste exato de Fisher.

O valor de significância é de 5%, testando a possível relação das características do doente renal crónico com a existência, intensidade e interferência da dor não comum.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentam-se de seguida os resultados do presente estudo, sob a forma de tabelas e gráficos, delineando como estratégia a sua especificação por objetivos.

2.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos indivíduos da amostra

Foram inquiridos 140 indivíduos que efetuam HD em três clínicas de localidades distintas: 47,1% (n=66) Clínica 1, 30,0% (n=42) Clínica 2 e 22,9% (n=32) Clínica 3.

Como se pode observar na Tabela 1, os indivíduos da amostra, na sua maioria, são do sexo masculino (62,9%), têm idade compreendida entre os 51 e 80 anos (63,6%), vivem em meio rural (55,0%), são casados (65,7%), vivem com o cônjuge ou cônjuge e filhos (65,0%), possuem o 1º ciclo (72,9%), são não ativos profissionalmente (85,7% reformados) e auferem um rendimento mensal baixo, entre 250€ e 500€ (53,6%).

Constata-se que, para todos os utentes, o tempo médio de deslocação para a clínica foi 33 minutos (desvio padrão de 18,84 minutos), a maior parte (42,9%) demora entre 30 minutos a uma hora. Apenas 22,9% referiram demorar mais de 1 hora. A maioria dos utentes (84,3%) utiliza a ambulância para se deslocar.

Tabela 1

Caraterísticas sociodemográficas dos indivíduos da amostra

Variável sociodemográfica	Opções de resposta	n	%
Local do tratamento	Clínica 1	66	47,1
	Clínica 3	32	22,9
	Clínica 2	42	30,0
		140	100
Sexo	Masculino	88	62,9
	Feminino	52	37,1
		140	100
Idade	Até 60 anos	24	17,1
	De 61 a 70 anos	30	21,4
	De 71 a 80 anos	59	42,1
	Mais de 80 anos	27	19,3
		140	100
$\bar{X} = 70,7214 \text{ anos}$			

Proveniência	Rural	77	55,0
	Urbano	63	45,0
		140	100
Estado Civil	Solteiro	12	8,6
	Casado/União de facto	92	65,7
	Divorciado/Separado	14	10,0
	Viúvo	22	15,7
		140	100
Com quem vive	Sozinho	21	15,0
	Cônjuge/companheiro	73	52,1
	Cônjuge e filhos	18	12,9
	Pais	5	3,6
	Outros	23	16,4
		140	100
Grau de escolaridade	Nenhum	8	5,7
	1º Ciclo	102	72,9
	2º ou 3º Ciclo	14	10,0
	Secundário ou Superior	16	11,4
		140	100
Situação Profissional	Ativo (trabalhador por conta própria ou de outrem)	20	14,3
	Não ativo (Reformado)	120	85,7
		140	100
Rendimento Mensal	Até 250€	15	10,7
	Rendimentos de 250€ a 500€	75	53,6
	Rendimentos de 500€ a 1000€	28	20,0
	Rendimentos superiores a 1000€	22	15,7
		140	100
Crenças Religiosas	Sim	140	100
	Não	0	0
		140	100
Tempo de deslocação à clínica (minutos)	Até 30 minutos	48	34,3
	De 30 a 60 minutos	60	42,9
	Mais de 60 minutos	32	22,9
	Total	140	100
		$\bar{X} = 33$; $s = 18,840$	
Tipo de transporte utilizado	Automóvel próprio	6	4,3
	Ambulância	118	84,3
	Táxi	16	11,4
	Total	140	100

n- Frequência absoluta; % - frequência relativa; \bar{X} - média; s – desvio padrão

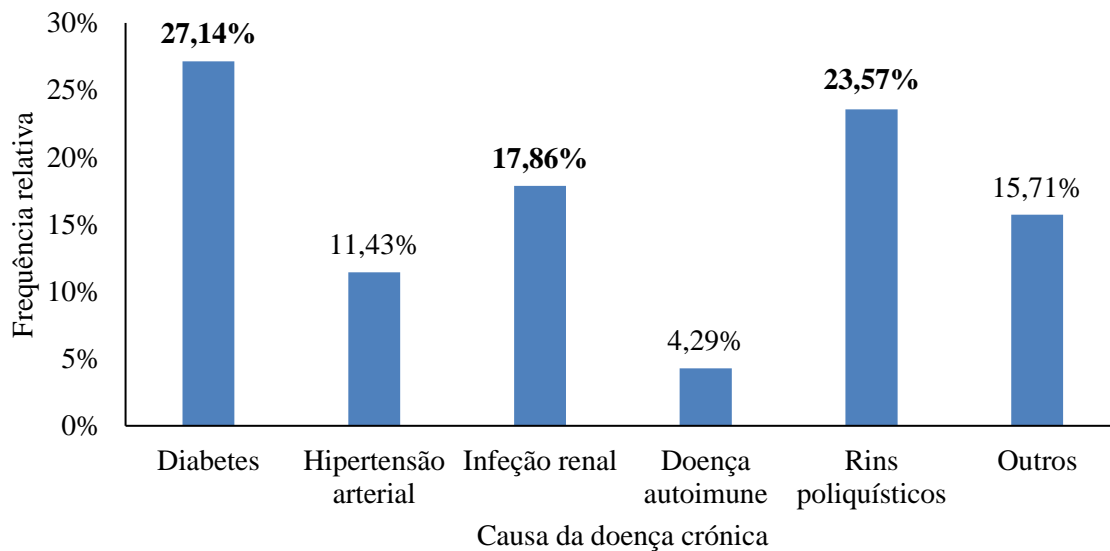
Relativamente à caracterização dos aspetos clínicos dos indivíduos inquiridos, os resultados são especificados de seguida, através de gráficos e tabelas.

Nos gráficos 1 e 2 apresentam-se, respetivamente, as causas da doença renal e as comorbilidades resultantes.

Pela análise do gráfico 1 conclui-se que as causas mais comuns da doença renal crónica são a diabetes, 27,1%, os rins poliquísticos, 23,6% e a infeção renal, 17,9%, sendo as menos frequentes as doenças autoimunes.

Gráfico 1

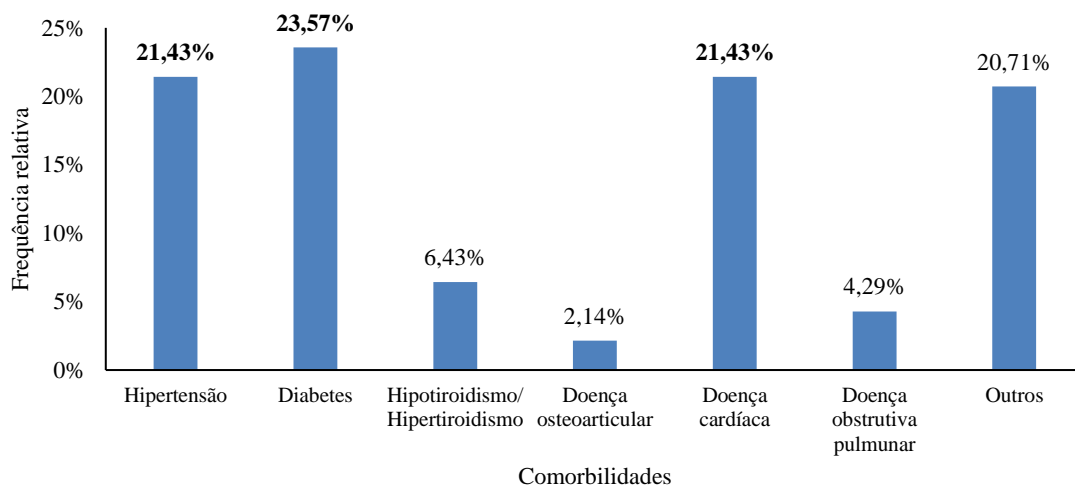
Causas da DRC nos indivíduos da amostra



No gráfico 2, referente às comorbilidades destacamos a diabetes, 23,6%, seguida da hipertensão, 21,4% e da doença cardíaca, 21,4%.

Gráfico 2

Comorbilidades da DRC nos indivíduos da amostra



Como se pode observar na tabela 2, a maior parte dos doentes da amostra (45,7%) realiza HD há mais de dois e menos de seis anos, com o tempo médio de realização de HD de 5,37 anos. Na maioria dos casos observa-se que a duração da sessão de HD é de quatro horas (81,4%) e o tipo de acesso é na grande maioria a fístula arteriovenosa (90,7%).

Tabela 2

Características do tratamento de HD dos indivíduos da amostra

	Opções de resposta	Frequência	
		n	%
Tempo de realização da hemodiálise (anos)	Até 2 anos	38	27,5
	De 2 a 6 anos	63	45,7
	Mais de 6 anos	37	26,8
	Total	138	100
$\bar{X} = 5,37; s = 5,004$			
Duração da sessão de hemodialise (horas)	Inferior a 4 horas	26	18,6
	4 horas	114	81,4
	Total	140	100
$\bar{X} = 3,85; s = 0,453$			
Tipo de acesso	Fístula arteriovenosa	127	90,7
	Cateter venoso central	13	9,3
	Total	140	100

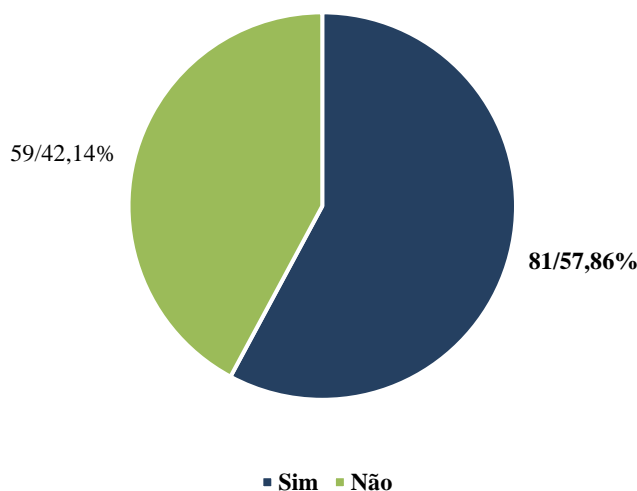
n- Frequência absoluta; % - frequência relativa; \bar{X} - média; s – desvio padrão

2.2 Prevalência da dor não comum sentida na última semana e no momento da aplicação do questionário nos indivíduos da amostra

No gráfico 3 apresentam-se os resultados relativos à dor não comum sentida durante o tratamento de HD, concluindo-se que a maioria dos inquiridos (57,86%) manifesta sentir dor.

Gráfico 3

Dor não comum referida pelos indivíduos da amostra durante o tratamento de HD



Os resultados apresentados na tabela que se segue (Tabela 3) referem-se apenas aos inquiridos que afirmaram sentir dor não comum durante o tratamento de HD.

Por análise da tabela 3 concluiu-se que a dor não comum não é idêntica entre os doentes, distribuindo-se por vários tipos de dor, sendo que se apresenta, em maior percentagem, a dor em pontada (29,6%).

Na sua apresentação, a dor não comum, assume-se, contínua, para 25,9% dos inquiridos com dor não comum, no tratamento, é intermitente para 40,7% dos doentes com dor não comum. A maioria dos doentes com dor não comum no tratamento, 69,1% referiu que a dor se agrava durante o mesmo 50,6% bem como, a sua persistência no domicílio.

Tabela 3

Caraterísticas da dor não comum nos indivíduos da amostra

Características da dor	Opções de resposta	Frequência	
		n	%
Caraterização da dor	Dor em cólica	9	11,1
	Dor em pontada	24	29,6
	Dor em queimação	10	12,3
	Dor latejante	16	19,8
	Outra	22	27,2
	Total	81	100
Como se apresenta a dor	Dor contínua	21	25,9
	Dor cíclica	27	33,3
	Dor intermitente	33	40,7
	Total	81	100

A dor agrava-se durante o tratamento	Sim	56	69,1
	Não	25	30,9
	Total	81	100
A dor persiste no domicílio	Sim	41	50,6
	Não	40	49,4
	Total	81	100

Na tabela 4 podemos verificar que a maioria dos inquiridos (65,0%) referiu ter sentido dor não comum *durante a última semana*. Quanto ao local dessa dor destaca-se a região dorsal, joelhos, pernas e região abdominal.

Tabela 4

Caraterização da dor não comum sentida durante a última semana pelos indivíduos da amostra

Variável sobre dor	Opções de resposta	Frequência	
		n	%
Durante a última semana teve dor diferente das comuns	Sim	91	65,0
	Não	49	35,0
	Total	140	100
Local da dor	Região occipital	1	1,1
	Região dorsal	22	24,2
	Cervical	3	3,3
	Joelhos	16	17,6
	Pernas atrás	3	3,3
	Pernas à frente	12	13,2
	Região abdominal	12	13,2
	Membros superiores e inferiores	3	3,3
	Região frontal	2	2,2
	Ombros	3	3,3
	Pés	2	2,2
	Braços	4	4,4
	Mãos	2	2,2
	Peito	5	5,5
	Ouvidos	1	1,1
Total	91	100	

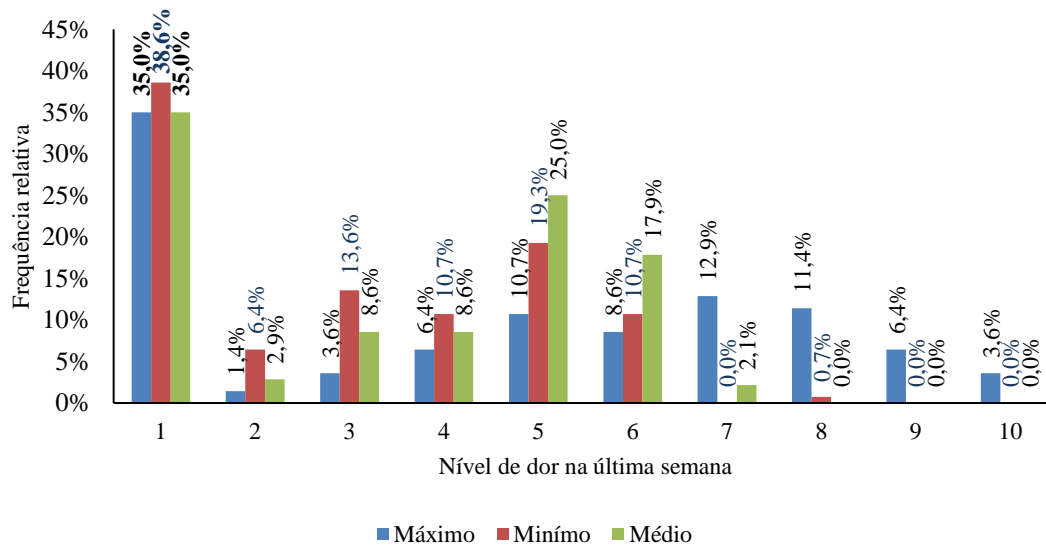
2.3. Intensidade da dor não comum na última semana e no momento da aplicação do questionário nos indivíduos da amostra

De seguida apresentam-se os resultados sobre a intensidade da dor não comum, questionada relativamente a dor máxima, média e mínima, de forma independente e sentidas na última semana e no momento da aplicação do questionário.

No gráfico 4 podemos observar os resultados relativos à questão sobre a dor não comum máxima sentida na última semana, a maior parte dos doentes (35%) referiram pouca dor máxima, pois apresentaram apenas intensidade de 1. O mesmo se verificou relativamente a dor não comum média sentida na última semana, pois também 35% referiram praticamente não ter dor. Quanto à questão sobre a intensidade mínima da dor não comum na última semana observou-se que a maior parte (38,6%) também referiu ter tido pouca dor, ao apresentarem o nível 1 de intensidade.

Gráfico 4

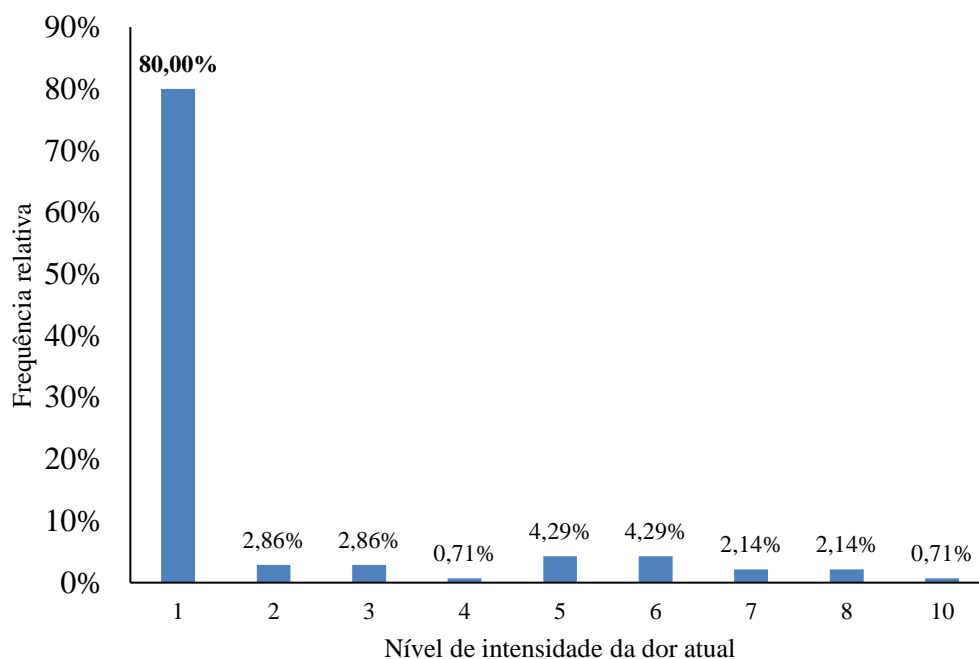
Classificação da dor máxima, média e mínima referida na última semana



Quanto ao preciso momento em que foi aplicado o questionário, a maioria dos inquiridos 80,0% referiu quase não ter dor, ao manifestar intensidade de dor no nível 1 (Gráfico 5).

Gráfico 5

Classificação da intensidade da dor não comum sentida pelos indivíduos da amostra no momento da aplicação do questionário



2.4 Tipologia de tratamento efetuado para o alívio da dor não comum nos indivíduos da amostra

A tabela 5 refere-se à opção terapêutica para o alívio da dor não comum, verificando que o Paracetamol foi a escolha da maioria dos doentes da amostra (82,9%).

Tabela 5

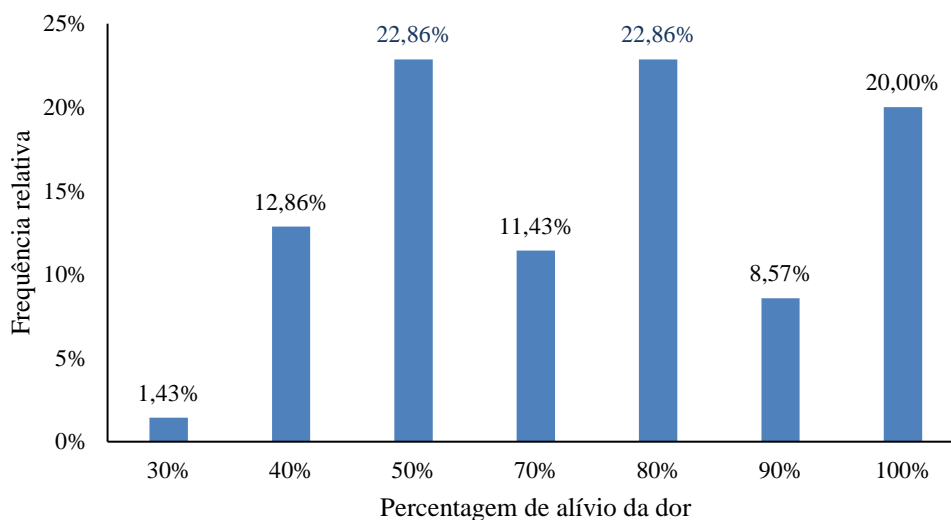
Estratégias terapêuticas utilizadas pelos indivíduos da amostra no tratamento da dor não comum

	Opções de resposta	Frequência	
		n	%
Tratamento	Aplicação de calor	1	1,4
	Paracetamol	58	82,9
	Aplicação de cremes	5	7,1
	Não respondeu	6	8,6
Total		70	100

O gráfico 6 ilustra os níveis de alívio após a toma da medicação. O efeito no alívio da dor não comum é eficaz, pois a maioria dos inquiridos da amostra, refere sentir melhoria após a toma da medicação, verificando ainda que 20% refere sentir melhorias a 100%

Gráfico 6

Caraterização do alívio da dor não comum após a toma da medicação pelos indivíduos da amostra



2.5 Relação entre a dor não comum (BPI) com as variáveis clínicas dos indivíduos da amostra

Neste ponto será feita a análise dos resultados das possíveis associações da existência de dor não comum com características clínicas do indivíduo. Apresenta-se na tabela 6 os cruzamentos entre a existência de dor não comum com as variáveis: tempo de realização de hemodiálise, tipo de acesso, existência de dor durante o tratamento, agravamento e persistência de dor não comum, assim como os resultados do teste de independência do qui-quadrado.

Atendendo à tabela 6 verifica-se que relativamente ao tempo de realização de hemodiálise, observa-se que quem realiza há mais tempo é mais suscetível de apresentar dor não comum (dos 37 doentes que realizam hemodiálise há mais de seis anos, 28 registaram dor não comum), contudo este tipo de dor não comum não está significativamente associado ao tempo de hemodiálise ($p > 0,05$).

Verifica-se também que a dor não comum não tem associação estatisticamente significativa com o tipo de acesso, ($p = 0,498$), na realização da hemodiálise.

No que concerne à existência de dor não comum durante o tratamento observa-se que a maioria dos doentes nestas circunstâncias também apresenta dor não comum e, pelo teste do qui-quadrado, concluiu-se que a existência de dor não comum está significativamente associada à dor durante o tratamento ($p < 0,001$).

Por outro lado, a dor não comum apresenta associação significativa com a persistência da dor no domicílio ($p < 0,05$).

Tabela 6

Relação entre a dor não comum e as variáveis Tempo HD, Tipo acesso, Dor durante e após tratamento HD, dos indivíduos da amostra

Variáveis	Respostas	Dor				Total		X ² (p)
		Sim		Não		n	%	
		n	%	n	%	n	%	
Tempo realização hemodiálise	Até 2 anos	23	25,8	15	30,6	38	27,5	2,761 (0,257)
	De 2 a 6 anos	38	42,7	25	51,0	63	45,7	
	Mais de 6 anos	28	31,5	9	18,4	37	26,8	
	Total	91	100	49	100	140	100	
Tipo de acesso	Fístula arteriovenosa	82	90,1	45	91,8	127	90,7	0,113 ^a (0,498)
	Cateter venoso central	9	9,9	4	8,2	13	9,3	
	Total	91	100	49	100	140	100	
Dor durante o tratamento	Sim	68	75,9	13	26,5	81	58,3	31,360 (0,000)
	Não	22	24,4	36	73,5	58	41,7	
	Total	90	100	49	100	139	100	
Dor agrava-se durante o tratamento	Sim	45	66,2	11	84,6	56	69,1	1,739 ^a (0,325)
	Não	23	33,8	2	15,4	25	30,9	
	Total	68	100	13	100	81	100	
Dor persiste no domicílio	Sim	38	55,9	3	23,1	41	50,6	4,699 (0,037)
	Não	30	44,1	10	76,9	40	49,4	
	Total	68	100	13	100	81	100	

X² (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova);^a – utilização do teste exato de Fisher

2.6. Avaliação da severidade, alívio e interferência funcional da dor relacionada com as variáveis clínicas dos indivíduos da amostra

Relativo ao exposto avalia-se de seguida a relação existente entre a severidade da dor, seu alívio e interferência funcional, com as variáveis clínicas, nomeadamente as causas da doença renal crónica, as comorbilidades, tempo de realização de hemodialise, duração da sessão de hemodialise, tipo de acesso e a perceção da dor sentida pelo doente renal crónico.

Na tabela 7, relativamente à severidade da dor manifestada na última semana e no momento de aplicação do questionário relacionada com a *causa da doença renal crónica*, observa-se que os resultados são relativamente próximos entre indivíduos com causas distintas, variando entre uma média de dor de 5,96 e 6,95. No entanto, pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis concluiu-se que as diferenças na intensidade da dor não apresentam diferenças significativas entre doentes com diferentes causas da doença crónica.

Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida do doente renal (atividade geral, etc), observa-se que os resultados são idênticos entre os indivíduos com diferentes causas de doença renal crónica não existindo também diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 7

Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com a causa da doença renal crónica dos indivíduos da amostra

Dor (n=91)	Causa doença renal crónica	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Diabetes	6,41	1,76	6,574 (0,254)
	Hipertensão arterial	7,50	1,51	
	Infeção renal	6,95	2,46	
	Doença autoimune	6,00	2,35	
	Rins poliquísticos	5,96	1,76	
	Outras	6,30	2,06	
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Diabetes	4,41	1,18	4,993 (0,417)
	Hipertensão arterial	4,25	1,98	
	Infeção renal	4,37	1,74	
	Doença autoimune	3,20	1,79	
	Rins poliquísticos	4,00	1,39	
	Outras	3,50	1,35	
Dor média na última semana (1 a 10)	Diabetes	4,86	1,17	5,861 (0,320)
	Hipertensão arterial	5,25	0,71	
	Infeção renal	5,16	1,34	
	Doença autoimune	4,80	1,30	
	Rins poliquísticos	4,63	1,11	
	Outras	4,20	1,40	
Dor neste momento (1 a 10)	Diabetes	2,55	2,56	0,807 (0,977)
	Hipertensão arterial	2,50	2,78	
	Infeção renal	2,26	2,42	
	Doença autoimune	2,20	2,68	
	Rins poliquísticos	2,15	2,01	
	Outras	1,80	1,69	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Diabetes	67,14	23,35	1,059 (0,958)
	Hipertensão arterial	71,67	21,37	
	Infeção renal	72,35	24,63	
	Doença autoimune	75,00	20,82	
	Rins poliquísticos	74,00	20,37	
	Outras	65,00	22,68	

Atividade geral (0 a 10)	Diabetes	4,55	2,56	0,685 (0,984)
	Hipertensão arterial	4,00	2,39	
	Infeção renal	4,00	3,74	
	Doença autoimune	3,80	3,27	
	Rins poliquísticos	4,04	2,77	
	Outras	3,90	3,21	
Disposição (0 a 10)	Diabetes	3,55	2,42	3,834 (0,574)
	Hipertensão arterial	3,25	3,06	
	Infeção renal	3,95	2,61	
	Doença autoimune	3,60	3,05	
	Rins poliquísticos	3,11	2,56	
	Outras	2,30	3,02	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Diabetes	4,14	3,20	1,166 (0,948)
	Hipertensão arterial	4,13	2,80	
	Infeção renal	3,74	2,70	
	Doença autoimune	2,80	4,09	
	Rins poliquísticos	3,78	2,76	
	Outras	3,70	3,50	
Trabalho normal (0 a 10)	Diabetes	4,18	3,02	3,104 (0,684)
	Hipertensão arterial	3,25	3,06	
	Infeção renal	2,84	2,52	
	Doença autoimune	2,20	3,49	
	Rins poliquísticos	3,07	2,72	
	Outras	3,50	3,98	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Diabetes	1,91	2,02	5,453 (0,363)
	Hipertensão arterial	2,88	1,96	
	Infeção renal	2,32	2,67	
	Doença autoimune	2,80	4,15	
	Rins poliquísticos	2,37	2,24	
	Outras	1,20	3,16	
Sono (0 a 10)	Diabetes	2,23	2,84	7,162 (0,209)
	Hipertensão arterial	3,50	2,93	
	Infeção renal	3,68	3,86	
	Doença autoimune	4,20	2,77	
	Rins poliquísticos	1,70	2,85	
	Outras	1,90	3,18	
Prazer de viver (0 a 10)	Diabetes	1,05	2,10	5,594 (0,348)
	Hipertensão arterial	3,38	3,20	
	Infeção renal	2,42	3,22	
	Doença autoimune	1,60	3,58	
	Rins poliquísticos	1,48	1,97	
	Outras	1,40	3,27	

\bar{X} - média; s – desvio padrão; Z (p) – Estatística teste não paramétrico Kruskal Wallis (valor de prova)

Relativamente à severidade da dor na última semana relacionada com as *comorbilidades*, podemos observar na tabela 8 que os resultados são relativamente próximos entre indivíduos com comorbilidades distintas, assim como na intensidade da dor no momento de aplicação do questionário.

Pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis conclui-se que as diferenças na intensidade da dor não apresentam diferenças significativas entre doentes com diferentes comorbilidades.

Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida do doente renal observa-se que os resultados são idênticos entre os indivíduos com diferentes comorbilidades não existindo diferenças estatisticamente significativas, com exceção na dimensão *Trabalho normal*, na qual os indivíduos apresentam maior interferência da dor ($p < 0,05$), principalmente nos doentes com HTA, Diabetes e Doença cardíaca. Muito próximo da significância estatística ($p = 0,05$), também se observou que a dor também afeta a disposição dos doentes, com as mesmas comorbilidades referidas acima.

Tabela 8

Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com as comorbilidades dos indivíduos da amostra

Dor (n=91)	Comorbilidades	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Hipertensão arterial	6,63	2,27	5,062 (0,536)
	Diabetes	6,58	1,64	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	6,00	2,45	
	Doença osteoarticular	7,00	1,00	
	Doença cardíaca	7,00	2,07	
	Doença obstrutiva pulmonar	6,33	1,63	
	Outros	5,65	2,09	
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Hipertensão arterial	3,63	1,34	9,055 (0,170)
	Diabetes	4,63	1,53	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	4,17	1,72	
	Doença osteoarticular	5,33	0,58	
	Doença cardíaca	4,13	1,54	
	Doença obstrutiva pulmonar	3,33	1,63	
	Outros	3,88	1,41	
Dor média na última semana (1 a 10)	Hipertensão arterial	5,00	1,41	6,370 (0,383)
	Diabetes	4,96	1,08	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	4,50	1,38	
	Doença osteoarticular	5,33	0,58	
	Doença cardíaca	5,06	0,93	
	Doença obstrutiva pulmonar	4,83	0,98	
	Outros	4,18	1,33	
Dor neste momento (1 a 10)	Hipertensão arterial	2,47	2,61	3,574 (0,734)
	Diabetes	2,29	2,63	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	1,00	0,00	
	Doença osteoarticular	1,33	0,58	
	Doença cardíaca	2,50	2,13	
	Doença obstrutiva pulmonar	2,50	2,35	
	Outros	2,29	2,08	

Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Hipertensão arterial	76,25	24,46	6,007 (0,422)
	Diabetes	70,59	20,45	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	76,67	17,51	
	Doença osteoarticular	73,33	25,17	
	Doença cardíaca	65,83	20,65	
	Doença obstrutiva pulmonar	52,00	16,43	
	Outros	75,00	24,61	
Atividade geral (0 a 10)	Hipertensão arterial	4,79	3,33	8,715 (0,190)
	Diabetes	4,67	2,90	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	2,00	2,45	
	Doença osteoarticular	1,67	2,89	
	Doença cardíaca	4,63	2,28	
	Doença obstrutiva pulmonar	4,33	2,42	
	Outros	3,24	3,01	
Disposição (0 a 10)	Hipertensão arterial	4,84	2,71	12,606 (0,050)
	Diabetes	3,58	2,41	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	3,50	2,26	
	Doença osteoarticular	0,33	0,58	
	Doença cardíaca	3,00	2,19	
	Doença obstrutiva pulmonar	2,00	2,45	
	Outros	2,59	2,90	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Hipertensão arterial	4,53	2,86	5,313 (0,504)
	Diabetes	3,96	3,06	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	3,33	3,08	
	Doença osteoarticular	2,67	2,52	
	Doença cardíaca	4,63	2,94	
	Doença obstrutiva pulmonar	2,83	4,02	
	Outros	2,82	2,56	
Trabalho normal (0 a 10)	Hipertensão arterial	4,79	3,21	14,485 (0,025)
	Diabetes	3,71	2,58	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	1,00	1,67	
	Doença osteoarticular	0,00	0,00	
	Doença cardíaca	3,56	2,90	
	Doença obstrutiva pulmonar	2,00	3,16	
	Outros	2,71	2,82	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Hipertensão arterial	3,68	3,04	9,518 (0,146)
	Diabetes	2,25	2,19	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	0,83	1,33	
	Doença osteoarticular	2,00	3,46	
	Doença cardíaca	1,44	2,06	
	Doença obstrutiva pulmonar	1,67	2,66	
	Outros	1,82	2,13	
Sono (0 a 10)	Hipertensão arterial	3,89	3,57	9,850 (0,131)
	Diabetes	2,17	3,40	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	2,67	2,34	
	Doença osteoarticular	0,00	0,00	
	Doença cardíaca	3,00	3,10	
	Doença obstrutiva pulmonar	3,33	3,56	
	Outros	1,35	2,29	
Prazer de viver (0 a 10)	Hipertensão arterial	3,16	3,35	9,709 (0,137)
	Diabetes	1,25	1,98	
	Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	2,17	2,56	
	Doença osteoarticular	0,00	0,00	

Doença cardíaca	1,94	3,00
Doença obstrutiva pulmonar	2,50	3,99
Outros	0,53	1,12

\bar{X} - média; s – desvio padrão; Z (p) – Estatística teste não paramétrico Kruskal Wallis (valor de prova)

Na tabela 9, relativamente à severidade da dor não comum na última semana relacionada com o tempo de realização de hemodiálise, observa-se que os doentes que realizam hemodiálise há mais de dois anos e no máximo seis anos apresentam os níveis médios de dor mais elevados, assim como na severidade da dor não comum no momento de aplicação do questionário. No entanto, pela aplicação do teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* concluiu-se que as diferenças na severidade da dor não comum não apresentam diferenças significativas entre doentes com diferentes tempos de realização de hemodiálise, com exceção da intensidade da dor não comum no momento da aplicação do questionário, em que os doentes que fazem tratamento de HD entre 2 a 6 anos, são os que referem mais dor, apesar de apresentarem uma média relativamente baixa de dor (2,89).

No que trata o alívio da dor não comum são os doentes renais que realizam hemodiálise há mais tempo que manifestam maior alívio, mas a diferença face os restantes não apresentam significância estatística.

Quanto à interferência da dor não comum nas diferentes atividades de vida diária do doente renal observa-se que os mais queixosos também são os doentes com 2-6 anos de tempo de tratamento de hemodiálise, no entanto sem diferenças significativas entre os grupos. Há exceção na variável Atividade geral, em que podemos inferir que os doentes entre 2-6 anos de tratamento sentem maior interferência da dor na sua atividade geral ($p < 0,05$).

Nos restantes campos as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Tabela 9

Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com o tempo de realização da hemodiálise dos indivíduos da amostra

Dor (n=91)	Tempo de Realização de Hemodiálise	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Até 2 anos	5,78	1,83	5,096 (0,078)
	De 2 a 6 anos	6,89	1,77	
	Mais de 6 anos	6,36	2,30	
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Até 2 anos	3,70	1,64	1,575 (0,455)
	De 2 a 6 anos	4,21	1,34	
	Mais de 6 anos	4,21	1,62	
Dor média na última semana (1 a 10)	Até 2 anos	4,48	1,38	3,472 (0,176)
	De 2 a 6 anos	5,08	1,08	
	Mais de 6 anos	4,71	1,21	
Dor no momento da aplicação do questionário (1 a 10)	Até 2 anos	1,87	1,98	6,190 (0,045)
	De 2 a 6 anos	2,89	2,47	
	Mais de 6 anos	1,82	2,13	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Até 2 anos	70,00	23,45	0,495 (0,781)
	De 2 a 6 anos	68,52	22,14	
	Mais de 6 anos	72,96	21,98	
Atividade geral (0 a 10)	Até 2 anos	4,35	3,16	8,443 (0,015)
	De 2 a 6 anos	4,95	2,64	
	Mais de 6 anos	2,75	2,78	
Disposição (0 a 10)	Até 2 anos	4,04	2,84	1,801 (0,406)
	De 2 a 6 anos	3,03	2,70	
	Mais de 6 anos	3,18	2,44	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Até 2 anos	4,09	2,52	2,039 (0,361)
	De 2 a 6 anos	4,08	3,06	
	Mais de 6 anos	3,21	3,24	
Trabalho normal (0 a 10)	Até 2 anos	4,26	2,91	3,106 (0,212)
	De 2 a 6 anos	3,08	3,16	
	Mais de 6 anos	2,82	2,71	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Até 2 anos	3,04	2,85	3,841 (0,147)
	De 2 a 6 anos	2,00	2,50	
	Mais de 6 anos	1,64	1,99	
Sono (0 a 10)	Até 2 anos	2,96	3,24	0,854 (0,653)
	De 2 a 6 anos	2,21	3,14	
	Mais de 6 anos	2,54	3,25	
Prazer de viver (0 a 10)	Até 2 anos	2,09	2,73	2,866 (0,239)
	De 2 a 6 anos	1,34	2,45	
	Mais de 6 anos	1,96	2,97	

\bar{X} - média; s – desvio padrão; Z (p) – Estatística teste não paramétrico Kruskal Wallis

Relativamente à severidade da dor não comum na última semana relacionada com o *tipo de acesso*, observa-se na tabela 10 que os doentes com fistulas arteriovenosas apresentam os níveis médios mais elevados de dor não comum, assim como na sua intensidade no momento de aplicação do questionário. Pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se

que não existem diferenças significativas na intensidade da dor entre doentes com diferentes tipos de acesso. No que trata o alívio da dor não comum são os doentes renais com cateter venoso central que manifestam maior alívio, mas a diferença face os restantes não apresentam significância estatística. Quanto à interferência da dor não comum nas atividades de vida diária do doente renal observa-se que, no geral, os doentes mais queixosos são os que têm cateter venoso central, no entanto sem significado estatístico para ambos os grupos. No entanto verificou-se relação entre o tipo de acesso para o tratamento de HD e o trabalho normal ($p < 0,05$), podendo-se inferir que os que apresentam menor média de dor são os que têm fístula arteriovenosa (FAV) (3,11) e, portanto, têm maior capacidade para desenvolver o seu trabalho que os que têm Cateter venoso central. Nos restantes itens as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Tabela 10

Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com o tipo de acesso para HD dos indivíduos da amostra

Dor (n=91)	Tipo de acesso	\bar{X}	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Fístula arteriovenosa	6,59	1,90	-1,593
	Cateter venoso central	5,22	2,39	(0,111)
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Fístula arteriovenosa	4,20	1,44	-1,578
	Cateter venoso central	3,22	1,86	(0,115)
Dor média na última semana (1 a 10)	Fístula arteriovenosa	4,89	1,15	-1,610
	Cateter venoso central	4,11	1,45	(0,107)
Dor na aplicação do questionário (1 a 10)	Fístula arteriovenosa	2,28	2,31	-0,074
	Cateter venoso central	2,11	1,96	(0,941)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Fístula arteriovenosa	70,16	22,17	-0,907
	Cateter venoso central	77,50	19,82	(0,364)
Atividade geral (0 a 10)	Fístula arteriovenosa	3,93	2,90	-1,789
	Cateter venoso central	5,89	2,67	(0,074)
Disposição (0 a 10)	Fístula arteriovenosa	3,17	2,61	-1,878
	Cateter venoso central	4,89	2,37	(0,060)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Fístula arteriovenosa	3,67	2,96	-1,539
	Cateter venoso central	5,22	2,64	(0,124)
Trabalho normal (0 a 10)	Fístula arteriovenosa	3,11	2,93	-2,048
	Cateter venoso central	5,11	2,67	(0,041)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Fístula arteriovenosa	2,26	2,54	-0,644
	Cateter venoso central	1,56	1,59	(0,520)
Sono (0 a 10)	Fístula arteriovenosa	2,57	3,25	-0,335
	Cateter venoso central	2,44	2,40	(0,737)
Prazer de viver (0 a 10)	Fístula arteriovenosa	1,61	2,54	-1,161
	Cateter venoso central	2,89	3,66	(0,246)

\bar{X} - média; s – desvio padrão; H (p) – Estatística teste não paramétrico Mann-Whitney (valor de prova)

Na tabela 11, relativamente à severidade da dor sentida na última semana *durante o tratamento*, pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney observa-se que existe relação

estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a dor máxima e mínima sentida pelos doentes, apresentando maiores níveis de dor máxima (6,74) do que de mínima (3,45), podendo-se afirmar que durante os tratamentos a dor é sentida com maior severidade pelos doentes, atendendo ao nível máximo de 10.

No que trata o alívio da dor não comum são os doentes renais sem dor não comum durante o tratamento que manifestam maior alívio, mas as diferenças face aos restantes não apresentam significância estatística.

Quanto à interferência da dor não comum nas atividades de vida diária do doente renal observa-se que os resultados são relativamente idênticos entre os doentes renais que apresentam dor durante o tratamento e os que não apresentam e daí, possivelmente as diferenças observadas não apresentarem diferenças estatisticamente significativas

Tabela 11

Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com dor sentida durante o tratamento dos indivíduos da amostra

Dor (n=91)	Sente dor durante o tratamento	\bar{X}	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Sim	6,74	1,84	-2,165
	Não	5,77	2,07	(0,030)
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Sim	4,34	1,50	-2,625
	Não	3,45	1,26	(0,009)
Dor média na última semana (1 a 10)	Sim	4,97	1,11	-1,565
	Não	4,45	1,30	(0,117)
Dor no momento da aplicação do questionário (1 a 10)	Sim	2,47	2,44	-1,466
	Não	1,68	1,55	(0,143)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Sim	68,85	21,57	-1,238
	Não	76,25	22,17	(0,216)
Atividade geral (0 a 10)	Sim	4,13	3,00	-0,010
	Não	4,05	2,80	(0,992)
Disposição (0 a 10)	Sim	3,18	2,64	-0,993
	Não	3,77	2,64	(0,321)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Sim	3,79	3,03	-0,019
	Não	3,82	2,82	(0,985)
Trabalho normal (0 a 10)	Sim	3,37	3,01	-0,428
	Não	3,00	2,81	(0,669)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Sim	2,10	2,46	-0,745
	Não	2,55	2,52	(0,456)
Sono (0 a 10)	Sim	2,68	3,28	-0,362
	Não	2,32	2,85	(0,717)
Prazer de viver (0 a 10)	Sim	1,72	2,81	-1,051
	Não	1,86	2,29	(0,293)

\bar{X} - média; s - desvio padrão; H (p) – Estatística teste não paramétrico Mann-Whitney (valor de prova)

Na tabela 12, relativa à severidade da dor não comum na última semana, relacionada com a dor

persistente no domicílio observa-se que na maior parte dos doentes manifesta que a dor não persiste no domicílio, mas verifica-se que manifestam intensidade da dor no momento de aplicação do questionário. Pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se que essas diferenças são significativas, ou seja, os doentes cuja dor persistiu no domicílio apresentam intensidade de dor máxima mais intensa e o mesmo resultado se verifica para o momento da aplicação do questionário. No que concerne ao alívio da dor não comum são os doentes renais sem persistência da dor no domicílio que manifestam maior alívio e a diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$) face os restantes doentes.

Quanto à interferência da dor persistente no domicílio apresenta relação com a disposição, um dos itens das atividades de vida diárias consideradas. Nos outros itens da atividade geral, não se encontrou significância estatística.

Tabela 12

Relação entre severidade, alívio e interferência funcional (BPI) com a dor não comum persistente no domicílio dos indivíduos da amostra

Dor (n=91)	A dor persiste no domicílio (n=68)	\bar{X}	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Sim	6,34	1,85	-2,103
	Não	7,23	1,74	(0,035)
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Sim	4,18	1,50	-1,310
	Não	4,53	1,50	(0,190)
Dor média na última semana (1 a 10)	Sim	4,84	1,15	-1,173
	Não	5,13	1,04	(0,241)
Dor no momento da aplicação do questionário (1 a 10)	Sim	3,16	2,71	-2,999
	Não	1,60	1,73	(0,003)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Sim	63,55	21,38	-2,308
	Não	76,67	19,83	(0,021)
Atividade geral (0 a 10)	Sim	4,82	2,85	-1,906
	Não	3,27	3,02	(0,057)
Disposição (0 a 10)	Sim	3,84	2,35	-2,362
	Não	2,33	2,78	(0,018)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Sim	3,18	2,64	-0,515
	Não	3,97	2,65	(0,606)
Trabalho normal (0 a 10)	Sim	3,57	3,48	-1,352
	Não	3,79	2,82	(0,176)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Sim	2,83	3,21	-1,735
	Não	2,55	2,55	(0,083)
Sono (0 a 10)	Sim	1,53	2,26	-1,919
	Não	3,37	3,54	(0,055)
Prazer de viver (0 a 10)	Sim	1,80	2,73	-1,730
	Não	2,16	3,05	(0,084)

\bar{X} - média; s – desvio padrão; H (p) – Estatística teste não paramétrico Mann-Whitney (valor de prova)

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A presente investigação pretende avaliar a prevalência de dor em doentes renais crónicos que frequentam o programa regular de hemodiálise, tendo contado com a participação de 140 indivíduos.

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica, salienta-se o facto de que a maioria dos inquiridos é do sexo masculino e tem idade compreendida entre os 51 e 80 anos. Estes resultados não são surpreendentes, uma vez que a prevalência da doença renal crónica é maior em pessoas mais velhas, como se verifica num estudo realizado em julho de 2018 o número de doentes em diálise rondava os 133.464, onde 58% eram do sexo masculino (Neves et al., 2020). Além disso, dados publicados recentemente em Portugal revelam que a doença renal crónica acomete pessoas com mais idade e do género masculino, Autoridade da Concorrência (2020), sendo que também em estudos mais antigos como o de Sousa et al. (2017, 2018) se observou uma predominância de indivíduos do género masculino.

No que se refere aos dados clínicos, os indivíduos inquiridos apresentam como causa mais comum da doença renal, a diabetes, seguida dos rins poliquísticos e da infeção renal. Quanto às comorbilidades destacam-se a diabetes, seguida da hipertensão e da doença cardíaca.

Estes dados vêm confirmar que a diabetes é a principal causa da DRC, Jesus et al. (2018), assim como das comorbilidades (Preto et al., 2020). Um estudo realizado por Evaristo et al. (2020) sobre “Complicações durante a sessão de hemodiálise” os resultados corroboram com a nossa investigação onde se sustenta que a diabetes (17,5 %) e a hipertensão (17,5 %) têm uma grande relação com o surgir da DRC.

Ao longo da investigação verificou-se que muitos dos estudos indicam as doenças renais (glomerulopatia, nefropatia, doença renal policística), as uropatias (infeções urinárias de repetição, obstruções urinárias e cálculos urinários) a hipertensão arterial e a diabetes mellitus como as principais causas da DRC (Andrade, 2021; Mira et al., 2017).

Nolasco et al. (2017) afirma que a principal causa da DRC é a diabetes tratando-se de um problema de saúde pública. Outros autores, partilham que a dor é comum em pacientes em hemodiálise e pode ser causada por múltiplos fatores, incluindo doenças subjacentes, processos de doença renal, procedimentos de hemodiálise e comorbilidades (Davison, 2017; Dutton et al., 2017). Posto isto e mediante tais evidencias, não podemos deixar de mencionar o Portal da Diálise (2016) que refere a necessidade urgente na prevenção a nível primário e secundário da DRC, no combate a doença e na informação e educação do doente e família.

No que concerne aos resultados obtidos na questão sobre o sentir dor durante o tratamento de HD, concluiu-se que a maioria dos inquiridos sente dor não comum durante o mesmo afirmando que a mesma é mais severa sendo que se manifesta em pontada e intermitente.

Segundo Silva et al. (2020) o portador de DRC em dialise descreve a dor como guinada perceptível, fina que incomoda e leva a exaustão e irritação.

A maioria dos doentes que manifesta dor não comum no tratamento, referiu que a dor se agrava durante o mesmo, bem como persiste no domicílio.

Outros estudos que abordam o tema evidenciam que a dor se encontra em 79% dos indivíduos durante a sessão de HD, mas após a HD a percentagem foi apenas de 64% (Pretto et al., 2020). Contudo, no estudo “Avaliação da intensidade da dor de pacientes renais crónicos em tratamento Hemodialítico” observa-se que 50% dos indivíduos refere não sentir dor antes, durante nem após a HD (Marques et al., 2016).

No âmbito das características clínicas, interessa fazer referência ao facto de que a maior parte da amostra possui fístula arteriovenosa e de facto, a hemodiálise requer a presença de um acesso vascular pois é ele que contribui para a eficácia do tratamento (David, 2015). No entanto, apesar de existirem diferentes acessos vasculares que podem ser utilizados na hemodiálise, a fístula arteriovenosa é o mais utilizada pois é também o mais seguro, o que implica menores gastos, apresenta menor risco de infeção e taxas de hospitalização (Pereira, 2018).

A dor não comum é uma das queixas mais observadas nos doentes com DRC em HD, Sadigova et al. (2020) e neste estudo, mais de metade da amostra sente dor durante o tratamento de hemodiálise e nestes, o tipo de dor mais referido é a dor em pontada. Relativamente à caracterização da dor não comum na última semana, mais de metade da amostra refere sentir dor não comum, sendo que o local mais referido foi a região dorsal, seguido dos joelhos, pernas e região abdominal e de facto entre as complicações que decorrem da hemodiálise, Tinôco et al. (2017) refere a dor lombar, a dor abdominal e ainda a dor torácica e a dor de cabeça. Como explicam autores como Marques et al. (2016) e Vides e Martins (2017), a dor muscular surge normalmente após as câmbrias, provocadas pela remoção rápida de líquido corporal, as cefaleias são provocadas pelo aumento da pressão arterial e a dor torácica surge como reação ao dialisador, também denominada como a síndrome de primeiro uso. Um estudo realizado por Sousa et al. (2019), os inquiridos destacam como dor crónica mais persistente durante a HD, a região dorsal (20,2%), os membros inferiores (43,4%) e o membro do acesso da diálise (22,2%). Os resultados obtidos revelaram também que metade da amostra faz tratamento/medicação para aliviar a dor, destacando-se a toma de paracetamol, a aplicação de pomadas e a aplicação de calor, constatando-se que o efeito no alívio da dor é eficaz. A este respeito, interessa relevar a

intervenção do EE, na medida em que se este profissional pode auxiliar o doente na identificação dos tipos de dor, no sentido de traçar estratégias, farmacológicas ou não, para o seu alívio (Marques et al., 2016; Silva, 2020).

Outros estudos foram feitos no sentido de abordarem as intervenções não farmacológicas no doente hemodialisado com dor (Aboul, et al., 2018; Ceballos et al., 2019; Dutton, et al., 2017; Kimmel, 2017; Lee et al., 2020; Nagoor & Sathiya, 2019; Taghizadeh & Moradian, 2021)

Taghizadeh e Moradian (2021), investigou a eficácia da aromaterapia com óleo essencial de lavanda na redução da dor em pacientes hemodialisados constatando eficácia na redução da dor e melhorou as condições vitais dos pacientes. Lee et al. (2020), avaliou a eficácia da aplicação de compressa quente na redução da dor em pacientes hemodialisados, os resultados sugerem reduzir a dor em pacientes submetidos à hemodiálise e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Num estudo randomizado, Ceballos et al. (2019) avaliaram o impacto das técnicas de relaxamento (incluíram visualização guiada, respiração profunda e relaxamento muscular progressivo) na redução da dor em pacientes em hemodiálise, mostrando que as técnicas de relaxamento podem ser eficazes na redução da dor em pacientes em hemodiálise.

Nagoor e Sathiya (2019) realizaram um estudo onde avaliaram a eficácia da técnica de relaxamento muscular na redução da dor em pacientes hemodialisados, observando-se que a técnica de relaxamento muscular foi eficaz na redução da dor e melhorou a qualidade de vida dos pacientes.

Um estudo para avaliar as intervenções não farmacológicas na redução da dor e fadiga em doentes hemodialisados foi realizado por Aboul et al. (2018), em que os resultados mostraram que técnicas como exercícios de respiração, acupressão e música podem ser eficazes na redução da dor e fadiga nestes doentes.

Kimmel (2017) avaliou a prevalência, causa, gravidade e gestão da dor em doentes em hemodiálise, mostrando que a dor é comum nestes doentes e pode ser causada por múltiplos fatores, incluindo doenças subjacentes, processos de doença renal, procedimentos de hemodiálise e comorbidades.

Também Dutton et al. (2017), no seu estudo, concluíram que o controlo da dor em doentes em tratamento de HD é desafiador e deve incluir terapias farmacológicas e não farmacológicas visto que a gestão eficaz da dor é fundamental para melhorar a qualidade de vida e reduzir a morbidade e mortalidade.

Verificamos que os doentes com Diabetes, Hipertensão e doença cardíaca apresentam interferência da dor no que refere ao trabalho normal e a disposição, verificando-se também

que os doentes com cateter venoso central também manifestam essa mesma interferência na realização do seu trabalho normal. São os doentes com tempo de realização de HD de 2 a 6 anos que apresentam mais dor no momento da aplicação do questionário e referem que a mesma interfere na sua atividade geral. Um estudo realizado por Ibiapina, et al. (2016) os entrevistados referem apreensão ao pensar na sua sobrevivência económica, na sua vida profissional e no declínio no que refere a vida social. Foi possível verificar no estudo de Silva et al. (2020) que a dor pode causar desconforto físico, ansiedade e depressão desencadeando défices emocionais, físicos e sociais que por sua vez leva a alterações do sono e repouso despoletando o aumento da dor no DRC. Ribeiro et al. (2020) refere limitações na qualidade de vida com repercussões no estilo de vida do DRC devido ao tratamento de HD. Este tratamento tem ainda repercussões psicossociais, podendo levar à perda de emprego, a limitações na locomoção e lazer, à diminuição da autonomia, bem como alterações da imagem corporal, contribuindo para o aparecimento de problemas psicológicos (Ribeiro et al., 2020). Sendo que, ao longo do tempo, tende a apresentar depressão associada a tristeza, desilusão, angústia e medo, o que pode levar os DRC ao isolamento, desencadeando sensação de incapacidade e/ou dificuldade de viver (Pretto et al., 2020). A dor, mais do que um sintoma, é uma experiência incapacitante que pode estar associada a lesão renal e resulta em alterações significativas para o DRC, limitando as suas atividades de vida diária que se repercute na qualidade de vida (Marques et al., 2016).

Os doentes cuja dor persistiu no domicílio apresentam dor máxima mais intensa e o mesmo se verifica no momento da aplicação do questionário e referem interferência com a disposição por outro lado são os doentes em que a dor não persiste no domicílio que manifestam maior alívio da dor com medicação. Marques et al. (2016) no seu estudo revela presença da intensidade da dor referida pelos doentes antes, durante e após a sessão de HD, verificando-se que 40% dos doentes recorrem a fármacos para o alívio da dor.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência da dor em pacientes com doença renal crónica em hemodiálise, utilizando um instrumento validado (BPI) e a relação com algumas variáveis clínicas. A partir dos resultados obtidos, chegamos às seguintes considerações:

- A prevalência da dor não comum sentida na última semana é significativa para a maioria dos DRC (65%), enquanto no momento da aplicação do questionário, 80% afirmou quase não ter dor.
- Verificamos que quem realiza HD há mais tempo é mais suscetível a dor não comum;
- São os DRC em HD entre 2 e 6 anos que referem sentir dor não comum mais intensa no momento da aplicação do questionário;
- Os doentes com dor durante o tratamento apresentam intensidade de dor máxima e mínima, mais intensa;
- Os doentes cuja dor não persistiu no domicílio apresenta dor máxima mais intensa e o mesmo se verifica no momento da aplicação do questionário e referem interferir com a disposição;
- Quanto ao alívio da dor não comum constatamos que são os hemodialisados há mais tempo que manifestam mais alívio bem como os que a dor não comum não persiste no domicílio;
- Os doentes com diabetes, hipertensão e doença cardíaca apresentam maior interferência da dor no que refere ao trabalho normal e a disposição;
- Os doentes com dor óssea e em tratamento (entre 2 e 6 anos) são os mais queixosos e referem influencia da dor não comum ao nível da atividade geral;
- Os doentes com menos tempo de tratamento referem maior interferência da dor não comum nas atividades de vida diária e o mesmo se constata com os doentes portadores de cateter venoso central que se referem mais queixosos quanto à interferência nas atividades de vida diária e no trabalho normal;
- A maioria dos doentes renais crónicos (DRC) refere sentir dor não comum durante o tratamento e a mesma mantém-se no domicílio.

Em resumo, este estudo evidencia que a dor não comum é prevalente entre os pacientes com doença renal crónica em hemodiálise e é sentida por uma grande maioria deles durante o tratamento e no domicílio. A dor é mais intensa em pacientes que realizam o tratamento por um período mais longo, e os pacientes com dor óssea e em tratamento há mais de dois anos são os

mais afetados. A dor não comum tem um impacto significativo nas atividades diárias e no trabalho normal, especialmente em pacientes com cateter venoso central. Porém, constata-se que os pacientes com mais tempo de tratamento relatam um maior alívio da dor e uma menor persistência da mesma em casa.

Estes resultados destacam a importância de uma abordagem interdisciplinar para o tratamento e alívio da dor nos pacientes em hemodiálise, incluindo o uso de terapias farmacológicas e não-farmacológicas, tais como a fisioterapia e a terapia ocupacional.

Além disso, é importante que a equipe de saúde esteja atenta à dor não comum em pacientes em hemodiálise, especialmente em pacientes com tempo prolongado de tratamento e com dor óssea. É necessário que os pacientes sejam avaliados rotineiramente quanto à dor e que sejam feitos esforços para melhorar a gestão da dor.

Este estudo também destaca a necessidade de mais pesquisas para entender a dor em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. A identificação de fatores de risco e a compreensão dos mecanismos da dor podem ajudar no desenvolvimento de estratégias mais eficazes para o tratamento da dor em pacientes em hemodiálise.

Em resumo, a dor não comum é uma questão importante a ser abordada em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e uma gestão adequada da dor pode melhorar significativamente a qualidade de vida desses pacientes.

Desejamos que, a partir dos resultados da presente investigação, outros estudos possam surgir, com o objetivo de expandir o conhecimento sobre a dor em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e fornecer informações valiosas para a melhoria da gestão da dor e da qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- About Fotouh, A., El-Sayed, R., & Hegazy, N. (2018). Non-pharmacological interventions for reducing fatigue in adults undergoing maintenance hemodialysis: A systematic review. *Clinical Nursing Research*, 27(7), 797-817. <http://doi.org/10.1177/1054773817720382>
- Afonso, M. (2021) *Controlo Farmacológico da Dor*. [Dissertação de mestrado]. Universidade Fernando Pessoa
- Andrade, A., Teles, W., Silva, M., Torres, R., Azevedo, M., Debbo, A., Silva, M., Barros, A., Juior, P., & Calassans, T. (2021). Assistência de enfermagem ao paciente em hemodiálise: investigação completa. *Research, Society and Development*, 10(1), e522101119890. <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19890>
- Associação Médica Mundial. (2013). Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. <https://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (2016, outubro). *Tudo sobre a Doença Renal Crónica*. <https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2017/04/Tudo-Sobre-a-Doen%3a7a-Renal-Cr%3b3nica.pdf>
- Autoridade da Concorrência. (2020). Análise às condições de concorrência na prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal. <https://www.concorrenca.pt/sites/default/files/importedmedia/Análise%2520às%2520condições%2520de%2520concorrência%2520na%2520prestação%2520de%2520cuidados%2520de%2520hemodiálise%2520em%2520Portugal.pdf>
- Azevedo, L., Pereira, A., Dias, S., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., & Castro-Lopes, J. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15(4), 6-56.
- Bassetto, F. (2021). Aplicação do Teste Qui-Quadrado sobre a associação entre proficiência em matemática e fatores socioeconómicos: uma abordagem com dados do SARESP. *Proceeding Series of the Brazilian Society of Computational and Applied Mathematics*, 8 (1). <http://doi.org/10.5540/03.2021.008.01.0372>
- Barros, A., Borges, S., & Lemos, K. (2022, março) Doença renal crónica e cuidado paliativo: avaliação dos sintomas, estado nutricional, funcionalidade e percepção do tratamento dialítico. *Brazilian Journal of Development*, 8(3) 16655-16673. <http://doi.org/10.34117/bjdv8n3-077>
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor* [manual de estudo- versão 1]. ESEnfC.

- Carvalho, D. S., Sá, M. J., Neto, M. G., & Cleeland, C. S. (2013). Translation, cultural adaptation and validation of the brief pain inventory – short form (BPI-SF) applied to patients with non-malignant pain in Portugal. *Pain Practice*, 13(7), 532-538.
- Ceballos, K., Lagos, L., Aragon, E., Ocampo, C., & Sandoval, R. (2019). Impact of relaxation techniques in the reduction of pain in hemodialysis patients: a randomized clinical trial. *Pain Management Nursing*, 20(2), 146-152.
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1991). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine*, 20(4), 313-317.
- David, M. (2015). *Os perfis de autocuidado das pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise e a sua perceção da qualidade de vida* [Dissertação de mestrado]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia.
- Davison, S. N. (2017). Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity, and management. *American Journal of Kidney Diseases*, 70(2), 291-293.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular normativa N° 09/2003 A Dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor.* (DGS 09:2003). file:///C:/Users/raque/Desktop/Artigos%20p%20por%20na%20tese/Dire%C3%A7%C3%A3o-Geral%20da%20Sa%C3%BAde%20(2003).pdf
- Dutton, J., Forni, L. G., & Keogh, B. E. (2017). *Renal replacement therapy and the management of pain in acute kidney injury.* *Anaesthesia*, 72(9), 1092-1101.
- Evaristo, L., Cunha, A., Morais, C., Samselski, B., Esposito, E., Miranda, M., & Gouvêa-e-Silva, L. (2020) Complicações durante a sessão de hemodiálise. *Av Enferm.*38(3):316-324. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.84229>
- Fielding, C. (2019). *Haemodialysis.* In N. Thomas (Ed.), *Renal Nursing - care and management of people with kidney disease* (pp. 179-233). WileyBlackwell
- Fronteira, I. (2013). Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão sobre a sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. *Acta Médica Portuguesa*, 26(2), 161-170.
- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M., Lopes, J., Amoedo, M., & Silva, G. (2018). *Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia.* Sociedade Portuguesa de Nefrologia.
- Gomes, A. (2011). *Manual de hemodiálise para enfermeiros.* Almedina. ISBN 9789724044880.
- Gonçalves, T., Miranda, K., Medeiros, L., Resente, T., Hiraki, K., Barbosa, D., Taminato, M., & Morais, R. (2020, may-jun) Cuidados de enfermagem direcionados ao cliente em

- hemodiálise: revisão integrativa. *Braz. J. Hea. Rev.*, 3(3)
<https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-134>
- Graça, J. (2020). *A intervenção do enfermeiro no exame físico à fístula arteriovenosa da pessoa em programa de Hemodiálise*. Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Heidari, M., Gorji, M. A. H., Farajzadeh Z., & Shahgholian, N. (2017). Effect of Guided Imagery on Pain and Anxiety in Patients Undergoing Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, 6(3), 247-256.
<https://doi.org/10.15171/jcs.2017.024>
- Ibiapina, A., Soares, N., Amorim, E., Souza, A., Sousa, D., & Ribeiro, I. (2016) Aspectos Psicossociais do Paciente Renal Crônico em Terapia Hemodialítica. *Sanare - Revista De Políticas Públicas*, 15(1). <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/924>
- Jesus, N., Souza, G., Mendes-Rodrigues, C., Neto, O., Rodrigues, D., & Cunha, C. (2018). Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crónica em tratamento dialítico. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41(3), 364-374. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152>
- Kimmel, P. (2017). Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity, and management. *American Journal of Kidney Diseases*, 69(6), 793-798.
- KDIGO (2012) - Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Official Journal of the International Society of Nephrology*. 3, 1-150.
- Lee, Y., Lin, K., & Lin, C., (2020). Effectiveness of Warm Compress Application on Pain among Hemodialysis Patients. *Journal of Renal Care*, 46(2), 88-95. <https://doi.org/10.1111/jorc.12326>
- Malkina, A. (2020, março). *Doença Renal crónica*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-renais-e-urin%C3%A1rios/insufici%C3%A2ncia-renal/doen%C3%A7a-renal-cr%C3%B4nica-drc>
- Marques, V., Benetti, P., Benetti, E., Rosanelli, C., Colet, C., & Stumm, E. (2016). Avaliação da Intencidade da Dor de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Revista Dor*, 17(2), 96-100. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160023>
- Miguel, J. (2019). *Estudo da força isométrica máxima e limiar da dor em trabalhadores com computador com mialgia crónica do trapézio, mialgia crónica do pescoço-ombro e saudáveis* [Dissertação de mestrado]. Universidade de lisboa

- Mira, A., Garagarza, C., Correia, F., Fonseca, I., & Rodrigues, R. (2017). *Manual de Nutrição e Doença Renal*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Nagoor, S., & Sathiya, M. (2019). Efficacy of Muscle Relaxation Technique on Pain Perception among Patients Undergoing Hemodialysis. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(4), 566-570. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_73_19
- Nascimento, J., Campos, J., Vieira, V., & Barbosa, M. (2020) Percepção da enfermagem sobre avaliação da dor oncológica. *Revista Perspectivas Online: Biológicas & Saúde*. v.10, n.32, p.51-61, 2236-8868. <https://doi.org/10.25242/8868103220201775>
- National Kidney Foundation (2021). NKF-KDOQI clinical practice guidelines. <https://www.kidney.org/professionals/guidelines>.
- Neves, P., Sesso, C., Thomé, F., Lugon, J., & Nascimento, M. (2020) Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. *Braz. J. Nephrol.*, v. 42, n. 2, p. 191-200 <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234>
- Nolasco, F., Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J., Sá, H., Sampaio, S., & Matias (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Nefrologia*. SNS. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise – Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-36-3
- Politi, M., Ferreira, J., Patino, C. (2021). Testes estatísticos não paramétricos: mocinho ou bandido. *J Bras Pneumol*, (4), e20210292. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/i20210292>
- Pereira, H. (2018). *Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa da Pessoa em Programa Regular de Hemodiálise* [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Portal da Diálise (2016). *Doença Renal Crónica em Portugal: Importância da Prevenção*. <https://www.portaldadialise.com/articles/doenca-renal-cronica-em-portugal-importancia-da-prevenca>
- Preto, C., Winkelmann, E., Hildebrandt, L., Barbosa, D., Colet, C., & Stumm, E. (2020). Qualidade de vida de pacientes renais crónicos em hemodiálise e fatores relacionados.

- Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3327. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>
- Raja, S., Carr, D., Cohen, M., Finnerup, N., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F., Mogil, J., Ringkamp, M., Sluka, K., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain: The journal of the International Association for the Study of Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26.
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135.
- Ribeiro, W., Jorge, B., & Queiroz, R. (2020 Jan -Jun) Repercussões da hemodiálise no paciente com doença renal crônica: uma revisão da literatura. *Revista Pró-UniverSUS*. 11(1) 88-97
- Sadigova, E., Ozkurt, S., & Yalcin, A. (2020). Pain Assessment in Hemodialysis Patients. *Cureus*, 12(2), e6903. <https://doi.org/10.7759/cureus.6903>
- Santos, P., Mendonça, C., Noll, M., Borges, C., Alves, P., Dias, N., Romeiro, A., Barbosa, M., & Porto, C. (2021). Pain in Hemodialysis Patients: Prevalence, Intensity, Location, and Functional Interference in Daily Activities. *Healthcare*, 9(10), 1375. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101375>.
- Schoppmeyer, M.-A. (2010). *Medicina Interna - Manual para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde*. Lusodidacta.
- Silva, F., Melo, G., Santos, R., Silva, R., Aguiar, L., & Caetano, J. (2020). Avaliação da dor em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Revista RENE*, 21, e43685. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143685>
- Sousa, C., Marujo, P., Teles, P., Lira, M., & Novais, M. (2017). Self-Care on Hemodialysis: Behaviors with the Arteriovenous Fistula. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 21(2), 195-199. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.12522>
- Sousa, C., Marujo, P., Teles, P., & Lira, M. (2018). Self-Care Behavior Profiles With Arteriovenous Fistula in Hemodialysis Patients. *Clinical Nursing Research*, 29(6), 363-367.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Marques, M., Reis, M., Bule, M., & José, H. (2019). Avaliação e efetividade da analgesia em pessoas submetidas a hemodiálise. *Revista Ibero-*

- Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1832-1844.
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27294/1/AVALIAÇÃO%20E%20EFETIVIDADE%20DA%20ANALGESIA%20EM%20PESSOAS%20SUBMETIDAS%20A%20HEMODIÁLISE.pdf>
- Taghizadeh, Z., Kaviani, K., & Moradian, S. T. (2021). Effectiveness of Lavender Essence Aromatherapy on Pain and Vital Signs among Patients with Hemodialysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 58, 102695. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102695>
- Teodózio, A., Santos, M., Reis, R., & Bezerra, D. (2018) O papel do enfermeiro nos cuidados e orientações frente ao portador de insuficiência renal crônica. *Revista Hórus*, 13(1), 14-27.
- Tinôco, J., Paiva, M., Lúcio, K., Pinheiro, R., Macedo, B., Lira, A. (2017). Complicações em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Cogitare Enfermagem*, 22(4), e52907. <http://doi.org/10.5380/ce.v22i4.52907>
- Tribunal de Nuremberg. (1947). *Código de Nuremberga*. <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=2>
- Vides, M., & Martins, M. (2017). Avaliação da dor óssea em pacientes renais crônicos em hemodialise. *Revista Dor*, 18(3), 245-249. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170109>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – o Processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo. ISBN 9789895610976.

APÊNDICES

APÊNDICE I: RELATÓRIO DE ESTÁGIO

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO

2- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

3-ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

3 - SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) trabalho de projeto ou estágio, integrado no plano de estudo do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, aprovado em Diário da República, 2.º ano - N.º 57 - 22 de março de 2016, despacho n.º 4155/2016, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Este estágio decorreu no período entre setembro de 2020 e fevereiro de 2021, com o objetivo de capacitar o aluno no que respeita a prática clínica e a investigação, assumindo um papel primordial no desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista.

Este estágio teve lugar em três campos de estágio distintos, em que os dois primeiros foram de carácter obrigatório, Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e o último, dada a oportunidade de escolha, optando pelo Centro de Hemodialise (SH). Cronologicamente os mesmos foram distribuídos da seguinte forma:

- Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança – de 28 de setembro de 2020 a 31 de outubro de 2020 sob orientação do Sr. Enfermeiro Luís Carlos Pires.
- Serviço de Emergência Médica Cirúrgica (SUMC) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – de 16 de novembro 2020 a 22 de dezembro de 2020 sob orientação da Sr.ª Enfermeira Marisa Ferreira.
- Centro de Hemodiálise de Mirandela – de 11 de janeiro de 2021 a 26 de fevereiro de 2021 sob orientação da Sr.ª Enfermeira Teresa Nabiço.

Através deste estágio, foi revigorado o desejo de investigação, para além do qual permitiu alcançar uma maior capacidade crítica, autonomia na tomada de decisões e reforço do trabalho interdisciplinar, na medida em que os conhecimentos, competências, aptidões e valores foram aplicados de forma integrada e seletiva em casos específicos à pessoa em situação crítica. Não foi fácil atingir os objetivos inicialmente propostos, no entanto empenhei-me em todas as oportunidade e necessidades que surgiram de forma a enriquecer-me enquanto pessoa e profissional no que concerne a qualidade de cuidados.

Este projeto descreverá as atividades realizadas, os objetivos alcançados, as reflexões apresentadas, as experiências vividas e o seu impacto no crescimento pessoal e profissional, bem como as competências adquiridas comuns e específicas do Enfermeiro Especialista na área

da Medicina-Cirúrgica, especificamente no cuidado especializado da pessoa em situação crítica, seguindo as regras definidas pela comissão científica, de acordo com as normas layout e APA, bem como as dificuldades e problemas encontrados durante a prática realizada.

As atividades desenvolvidas foram planeadas de forma a dar resposta a estes objetivos, tendo meta, o desenvolvimento das competências de mestre e especialista, a desenvolver, preconizadas para este mestrado. É importante notar que as atividades deste estágio foram realizadas no contexto da pandemia devido à COVID-19, o que dificultou ainda mais o desenvolvimento do meu trabalho como enfermeiro.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O desenvolvimento da tecnologia, a inovação na prática e as investigações efetuadas na saúde convergem para um único objetivo, o de garantir que os profissionais de saúde possam prestar os melhores cuidados aos indivíduos que deles carecem, assim e para responder à evolução técnica e científica é absolutamente imprescindível que os profissionais de saúde se diferenciem e especializem.

As competências do enfermeiro especialista são adquiridas durante o estágio sendo ele constituído pela componente prática onde se adquire conhecimentos e experiências quer ao nível das competências comuns quer a nível das competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

As minhas componentes obrigatórias decorreram no SMI da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSN) – Bragança e SMUC do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) – Vila Real. Enquanto a opcional decorreu no Centro de Hemodiálise (SH) - Mirandela (Anexo 1).

Cronologicamente os mesmos foram distribuídos da seguinte forma:

- Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança – de 28 de setembro de 2020 a 31 de outubro de 2020 sob orientação do Sr. Enfermeiro Luís Carlos Pires.
- Serviço de Emergência Médica Cirúrgica (SUMC) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – de 16 de novembro 2020 a 22 de dezembro de 2020 sob orientação da Sr.^a Enfermeira Marisa Ferreira.

- Centro de Hemodiálise de Mirandela – de 11 de janeiro de 2021 a 26 de fevereiro de 2021 sob orientação da Sr.^a Enfermeira Teresa Nabiço.

O SMI da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança é um serviço de grande dimensão e conforto máximo, para prestação de cuidados personalizados, preservando a intimidade do doente e da família.

A unidade esta dotada de dez unidades do doente, uma das camas destina-se ao isolamento, todas elas equipadas com bombas de infusão, ventilador, monitor, cama articulada com colchão anti escaras, caixotes de lixo já com sistema triagem do mesmo e carrinho de apoio.

O SMI está dividido em diferentes áreas, além dos vestiários partilhado com o SUMC:

- A área de prestação de cuidados, supramencionada. Nesta área que se encontra o carro de emergência com o monitor desfibrilhador.
- A área suja localizada após a área de cuidados, a área suja tem saída para o exterior onde o lixo e sujo são embalados e recolhidos - circuito independente do circuito limpo.
- O armazém que abarca o material necessário para a prestação de cuidados, reservas e máquinas de transporte, diálise e máquinas de hemofiltração.
- Os Escritórios, gabinete de enfermeiro-chefe e copa localizado após o armazém.
- A zona de Stock de Farmácia com Pyxis medStation System® - sistema automático de substituição de stock de nível de medicamentos, espaço localizado perto da entrada onde também está localizado o armazém de soros.
- A Sala de Família e Sala de Espera à entrada da unidade.

Este serviço está munido de recursos humanos capazes de dar resposta às necessidades que a sua exigente situação clínica exige. A equipa é constituída por 6 médicos intensivistas, 28 enfermeiros (9 especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica), 6 auxiliares de ação médica e 1 assistente técnico. Têm ainda apoio de 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista e 1 farmacêutico. Os cuidados são contínuos com turnos de 8 horas, distribuídos da seguinte forma para os enfermeiros:

- Manhã 8:00 / 16:00.
- Tarde - 16h / 24h.
- Noite - 0h / 8h.

Em cada turno há cinco enfermeiros, sendo que nos dias úteis, turno da manhã, se encontra sempre a enfermeira responsável em supranumerário.

Os doentes admitidos neste serviço provem de referências tanto de emergências internas como de emergências extra-hospitalar, sendo que a unidades do doente recebem tanto doentes de cuidados intensivos como doentes de cuidados intermédios, mediante a necessidade, verificando que a insuficiência respiratória é a patologia mais verificada este ano.

Ao longo deste estágio foram muitas as experiências e aprendizagens desenvolvidas, o meu primeiro contacto com ventilação assistida, sendo que o meu principal objetivo desenvolver estratégias viáveis de intervenção especializada.

Nesta linha de orientação, prestei cuidados contínuos e individualizados aos doentes em risco, respondendo às necessidades humanas básicas afetadas, permitindo-lhes manter funções vitais, estabelecendo prioridades para os cuidados, prevenindo complicações, eliminando ou limitando as deficiências.

Consegui aprofundar o meu conhecimento de monitorização hemodinâmica, ventilação assistida e controlo de infeções.

Tive oportunidade de apreender conhecimentos relativamente a terapia de substituição da função renal o que me foi uma mais-valia para o meu estágio final.

A uma semana de terminar este estágio o serviço sofreu uma mudança para receber os doentes covid-19, contudo sinto que devido ao facto de já trabalhar com esses doentes aliado ao facto de já ter alguns conhecimentos em intensivos, a adaptação foi fácil.

Concluo assim, referindo que foi gratificante e enriquecedora a passagem por este campo de estágio, uma evolução pessoal e profissional e com a certeza que consegui obter as competências necessárias relacionadas com o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem, face a complexidade das situações de saúde e a respostas necessária à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família.

O segundo estágio realizou-se no SMUC do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Por forma a maximizar a aquisição de competências, este estágio teve como principal objetivo desenvolver/aprofundar competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família que vivencia processos complexos de doença e/ou falência orgânica, bem como na capacidade de resposta em situações de catástrofe e emergência multivítima, e no controlo da infeção, tendo por base a dimensão ética e deontológica da profissão.

O SMUC está integrado no Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar e recebe doentes de todo o distrito e referenciado pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) de vários

outros distritos. No SU, os doentes também dão entrada, vindos do exterior, por meio próprio ou acompanhados pelos meios do INEM e pelos bombeiros, referenciados dos vários centros de saúde ou de outras unidades hospitalares.

O SUMC é um serviço hospitalar diferente de todos os outros, pelas características dos doentes que aqui são tratados. Recebe e presta cuidados a doentes urgentes (com necessidade de avaliação e/ou intervenção em curto espaço de tempo), emergentes (quando existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção imediata) e a doentes que apresentam uma situação agudizada, mas que não requerem intervenção num curto espaço de tempo (doentes pouco urgentes, não urgentes e outros casos).

Este serviço é constituído por uma sala de espera para acompanhantes e doentes a espera de passar pela triagem, seguido de um gabinete administrativo e um gabinete de relações públicas. No seu interior é composto por dois postos de triagem, 2 salas de espera, vários consultórios médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de observação de doentes, 2 copas, uma sala destinada a arrumos, armazém com stock necessário a prestação de cuidados, a zona de Stock de Farmácia com Pyxis medStation System®, casas de banho, vestiários e gabinete do enfermeiro-chefe e gabinete do diretor clínico do serviço.

Devido a pandemia que atravessávamos, a sala de emergência foi dividida e duas das boxes passaram a funcionar de forma a receber doentes infetados pela covid-19, neste âmbito senti uma responsabilidade acrescida pois tive a responsabilidade de preparar e fornecer do exterior toda a medicação, previamente preparada, e material necessária para o interior onde se encontrava a tutora em prestação de cuidados diretos, devidamente equipada, sempre no sentido de prestar cuidados de qualidade ao doente em tempo útil.

Esta equipa interdisciplinar é constituída por: equipa médica; um enfermeiro gerente; um diretor clínico; uma equipa de enfermagem, composta por 56 enfermeiros, destes, 10 são enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica, 41 assistentes operacionais, pessoal administrativo e relações-públicas.

Um plano de trabalho é elaborado todos os dias pelo enfermeiro chefe, mediante normas estabelecidas. Cada enfermeiro é responsável por uma determinada área, e pelos doentes triados a essa mesma área.

Os cuidados são contínuos com turnos diversos, distribuídos da seguinte forma para os enfermeiros:

- Manhã 8:00 / 15h15;
- Tarde - 15h / 22h15.
- Tarde - 22h / 0h15.

- Tarde - 22h / 8h15.
- Noite - 0h / 8h15.

Os turnos de trabalho são assegurados por 10 enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde e apenas sete no turno da noite, destacados da seguinte forma:

- Uma enfermeira para o rastreio, três enfermeiros da área da medicina, que apoiam as especialidades de medicina, neurologia, pneumologia, nefrologia, psiquiatria, cardiologia e clínicos gerais.
- Uma enfermeira para a sala de decisão clínica;
- Três enfermeiros para a área cirúrgica, que apoiam cirurgia, ortopedia e apoio na sala de decisão clínica, um elemento destinado à área cirúrgica é também responsável pela SE;
- Dois enfermeiros para o serviço de observação (OBS).

É aplicada a triagem de Manchester aos utentes do SU, mediante ordem de chegada, a mesma é realizada segundo a queixa do doente e os fluxogramas definidos pelo sistema de triagem de prioridades de Manchester, com atribuição de cor correspondendo a um tempo alvo de atendimento segundo nível de prioridade e identificação de critérios de gravidade, permitindo ainda integrar vias verdes (Via Verde de Sepsis; Via Verde de AVC; Via Verde Coronária e Via Verde de Trauma (VVT), regulamentado pela Norma n.º 002/2018, de 09 de janeiro, emitida pela DGS (2018).

Apesar de o meu estágio ser destinado sempre que possível a sala de emergência de forma a ter maior contacto com avaliação de doentes críticos ou potencialmente críticos para uma abordagem sistematizada e pluridisciplinar a situações clínicas potenciais ameaçadoras da vida e com risco de comprometimento da função orgânica, neste serviço pude verificar o trabalho de entajuda entre a equipa de enfermagem sempre sem prolar de dar uma resposta em tempo útil às várias áreas.

Sinto que por mais que se tenham conhecimentos, o enfermeiro necessita de uma aprendizagem contínua para dar resposta às exigências diárias.

O terceiro estágio foi o de opção. Este foi realizada no Centro de Hemodiálise de Mirandela, Nordial. Escolhi esta unidade como um objetivo pessoal, porque sempre senti uma admiração especial por doentes crónicos, uma vez que são doentes muito particulares que necessitam de cuidados especiais, e o facto de fazer um estágio numa unidade de hemodialise vai permitir-me

prestar assistência a doentes com doença renal crónica com mais conhecimentos. Estes doentes também sofrem de alterações psicossociais, nas quais é comum encontrar um baixo nível de qualidade de vida relacionado com a saúde, afetando significativamente as suas relações familiares e sociais, e sendo frequentemente associados à ansiedade e à depressão (Ángel et al., 2016). Por essa razão, os doentes, especialmente aqueles que recebem terapia hemodialítica, exigem uma abordagem abrangente de enfermagem, que destaca o ambiente humanista primário para os seus cuidados, bem como um diálogo e trabalho colaborativo entre os profissionais multidisciplinares que prestam os seus cuidados a estes doentes e ao seu ambiente familiar.

Este centro é composto por três salas de hemodiálise, a central detém 22 dialisadores com a sua poltrona articulada. Devido à pandemia, uma das enfermarias foi usada como isolamento, esta sala tem apenas quatro dialisadores e funcionou para prestar tratamento aos doentes que estavam a iniciar o tratamento ou teriam saído de isolamento profilático. Uma terceira ala destina-se ao cuidado de pacientes com VIH/hepatite.

No caso dos doentes com COVID-19, a unidade trabalhou em coordenação com a Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), transferindo estes doentes para o serviço de Hemodiálise deste centro.

O Centro Hemodialise de Mirandela dispõe ainda de uma receção com sala de estar, gabinete administrativo, gabinete técnico, gabinetes médicos, farmácia, refeitório, sala de reuniões, casa de banho, ginásio, sala de esterilização, lavandaria, vestiários e capela.

A unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar, composta por especialistas em nefrologia, clínicos gerais, 12 enfermeiros, 2 deles com especialidade em médico-cirúrgica, psicologia, assistente social, farmacêutico, técnicos de diálise, técnicos de serviços gerais, pessoal administrativo e equipas de manutenção.

Os turnos de segunda a sábado das 7h às 22h são assegurados pela equipa de enfermagem, distribuídos da seguinte forma:

- Manhã 7:00 / 12:00.
- Tarde - 12h / 17h.
- Noite - 17h / 22h.

Devido a pandemia recebíamos doentes vindos da Unidade Local de Saúde do Nordeste de Bragança não infetados pela covid-19 e os mesmo recebiam doentes nossos se infetados.

O médico nefrologista lida com os cuidados do doente renal de forma abrangente, tanto a promoção da saúde como dos cuidados na doença, colocando especial ênfase na análise e

diagnóstico dos doentes referidos a esta unidade de hemodiálise, de forma a estabelecer a terapêutica a seguir, além de monitorizar o desempenho correto da Unidade de acordo com as orientações estabelecidas.

Segundo, European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (2007), a doença renal crónica surge quando se comprova um dano renal durante um período superior a 3 meses.

Em 30% das seções, resultante da hemodialise podem ocorrer complicação. As alterações hemodinâmicas causadas pelo processo de circulação extracorporeal e a remoção de um grande volume de líquidos num espaço de tempo muito curto, é a mudança mais acentuada que resulta numa hipotensão severa (Terra et al., 2010).

Nos primeiros dias foram de frustração pois nada entendia relativamente a montagem do dialisador e ao seu programa, como ligar e desligar o doente, programação de parâmetros e manutenção de um ambiente seguro, foi-me emprestado um livro sobre como tudo funcionava pela orientadora, fiz pesquisas bibliográficas, assisti a vídeos para conseguir entender como se montava o sistema na máquina.

A lacuna que sentia em tudo que envolvia o doente fez-me debruçar numa busca de conhecimentos diários, mas com toda dedicação e com a ajuda de terceiros consegui colmatar essas inseguranças e mostrar-me, capaz, responsável e dedicada. A minha prática foi sempre baseada na satisfação das necessidades do doente e no seu conforto. Consegui ter algum sucesso relativamente aos ensinamentos, foram horas dedicadas e gratificantes pois ouvi os anseios e os desejos deles e consegui colocar-me no seu lugar e entender o que sentem.

Cabe também ao Enfermeiro Especialista dotar-se de conhecimentos para atuar em situações de emergência em tempo útil, ter sempre presente a prevenção e controlo de infeções e criar um ambiente terapêutico seguro.

3. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Dentro das competências adquiridas neste estágio, foi possível implementar as respostas adequadas de enfermagem às complicações do doente crítico, sempre com base nos princípios éticos da beneficência, autonomia, justiça, fidelidade, veracidade e confidencialidade.

A enfermagem tem sido uma atividade que, apesar das mudanças vividas na sua história, sempre deu grande importância aos requisitos éticos ligados ao seu trabalho. Os cuidados de

enfermagem podem ser considerados como uma atividade autónoma e interdependente através da qual são identificadas as necessidades do doente e das da família.

A prática da enfermagem baseia-se no trabalho em equipa, e o desempenho de funções com qualidade requer uma boa prática dos princípios éticos em que se baseia a profissão (Mora, 2015).

Estes estágios a que me propus foram gratificantes e enriquecedores, quase no final do primeiro estágio vi-me obrigada a lidar com doentes que para mim não eram tão desconhecidos, visto que trabalhava num serviço covid, mas que de certa forma ainda sentia bastantes anseios devido ao desconhecido que toda a patologia suscitava, contudo, essa oportunidade fez com que eu levasse uma bagagem de aprendizagens para a minha equipa, melhorando assim a qualidade de cuidados prestados.

Durante o estágio, foram desenvolvidas intervenções nas quais foi possível adquirir as competências esperadas. No entanto, devido à situação da pandemia COVID-19, a interação com os doentes foi limitada. Pude observar como a pandemia afetou a humanização dos cuidados, especialmente em relação ao normal desenvolvimento das atividades de enfermagem, uma vez que esta foi limitada principalmente pelo facto de o isolamento do doente ser primordial. O ambiente de isolamento, a minimização do contacto com o doente e a falta de proximidade são fatores que prejudicam o melhor desempenho dos cuidados de enfermagem, fundamentalmente ligada à relação de ajuda oferecida por profissionais de enfermagem. Durante esta pandemia a particularidade dos cuidados foi preservada devido ao COVID-19, o que levou a um aumento exponencial da carga horária dos enfermeiros. Por exemplo, como o número de profissionais na ala teve de ser reduzido, os profissionais de enfermagem tiveram de permanecer mais tempo e realizar um maior número de intervenções. Fatores como a utilização de equipamento de proteção individual (EPI) e medidas rigorosas de isolamento influenciaram a capacidade de prestar cuidados de excelência, proporcionando um tratamento abrangente. Além disso, o uso intensivo de EPI'S também causou desconforto físico ou mesmo lesões corporais.

Os cuidados prestados à família do paciente também foram afetados durante a pandemia. Embora os profissionais de enfermagem tenham demonstrado a frustração que sentiam com a impossibilidade de prestar cuidados de qualidade à família, acharam gratificante poder agir como intermediários para manter a proximidade do familiar com o doente.

O SMI é provavelmente o lugar nos serviços de saúde onde os membros da família sofrem mais e onde os desejos dos membros da família envolvem contacto com o doente e profissionais. Os cuidados do doente crítico são incompletos se não for acompanhado pela abordagem aos

problemas dos familiares, em relação aos seus sentimentos de ansiedade, medo e solidão. O enfermeiro especialista deve cuidar em uníssono da pessoa que entra na unidade e dos seus familiares como um único núcleo de cuidados, o que facilita que este entenda as dificuldades socioemocionais que surgem no grupo familiar como um todo, o que lhes permite dar-lhes um apoio mais determinado e empenhado durante o processo de adaptação à nova situação que enfrentam (Martínez & Gamboa, 2011).

Escusado será dizer que o envolvimento familiar, especialmente em doentes críticos, é inestimável. Por isso, tornou-se imperativo encontrar uma forma de ligar a família e os pacientes em tempo real, especialmente quando pacientes hospitalizados com COVID-19 enfrentam a terrível possibilidade de morte. Durante o estágio consegui implementar o uso de chamadas de vídeo, um método que permite às pessoas falar e ouvir os outros, ver as suas expressões e estabelecer relações mais ricas do que seria possível com um simples telefonema (Sacco et al., 2020).

Além do seu efeito positivo nos membros da família, a iniciativa de vídeo chamadas liderada por enfermagem é benéfica para os doentes. Em várias ocasiões, os cuidadores atribuíram melhorias no estado emocional dos seus doentes.

Embora e apesar de todas as restrições que se faziam sentir, consegui ter acesso a todos os protocolos dos locais de estágios, foram usadas todas as técnicas de forma a promover o controlo de infeção associado a prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica.

Ao longo dos estágios tentei entender a dinâmica e funcionamento dos serviços ajustar-me as equipas multidisciplinares de forma a prestar cuidados de qualidade sempre na tentativa de promover a qualidade de vida dos doentes e absorver o máximo de aprendizagem.

Todos os estágios foram enriquecedores, na medida em que me permitiu um leque muito variado de experiências na área da pessoa em situação crítica, conseguindo atingir assim os objetivos propostos:

- Aprofundar conhecimentos relativamente ao doente crítico a fim de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;
- Desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção, a par de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades e tomada de decisão ética e deontológica;

- Identificar, planear e intervir na prevenção e controlo de infeção perante pessoa em situação crítica;
- Identificar competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica;
- Colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
- Refletir sobre as competências gerais do enfermeiro e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crítica;
- Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Findos os estágios, sinto-me realizada e com o sentimento de que fiz um bom trabalho e dei o melhor de mim a cada dia de estágio.

Adorei cada campo de estágio, cada oportunidade, cada experiência, a forma como fui recebida e integrada por cada equipa e no final a despedida foi sempre triste pois queria continuar onde me fizeram sentir sempre em casa, onde tentaram sempre proporcionar-me oportunidades de aprendizagem.

O estágio que mais me suscitava receio era o SMI, contudo esses medos foram facilmente ultrapassados e deu lugar a uma vontade tremenda de querer aprender mais e mais para dar resposta a complexidade dos cuidados a prestar diariamente. Consegui alcançar boas aprendizagens graças também a dotação que existe nos intensivistas, que é um enfermeiro para cada dois doentes, que embora exista espírito de equipa e de ajuda, permite uma gestão eficaz de cuidados o que potencia a qualidade.

O campo de estágio que mais ansiava era SMUC, para mim uma das áreas mais interessantes e motivadoras dos cuidados de saúde, serviço que recebe centenas de doentes por dia, serviço que desejei um dia vir a exercer funções, nele deparei-me com um serviço diferente daquele que eu esperava, um serviço de excelência nos cuidados de enfermagem que permite ao prestador de cuidados atuar de forma rápida e eficiente dando resposta a situações urgentes e/ou emergentes. Nele tentei demonstrar comportamento ético, suportando a prática em princípios, valores e normas deontológicas. Findo, ficou o desejo de um dia ter a oportunidade de contacto com a equipa da VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação).

O meu último estágio, opcional, Serviço de hemodialise (SH) era aquele que me suscitava admiração por tudo que representa e pela complexidade de cuidados, a hemodiálise constitui a técnica de substituição da função renal mais frequente a nível mundial. Tentei, ao máximo,

transmitir responsabilidade e saber necessários para obter a confiança dos doentes, para que isso fosse possível tentei basear a prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Neste estágio consegui desenvolver competências enquanto Enfermeiro Especialista ao mesmo tempo que colmatei uma enorme lacuna na minha prática com doentes com necessidade de utilizar a técnica de substituição da função renal.

Assim sendo, no final deste estágio adquiri plenas capacidades para poder exercer a minha profissão como Enfermeiro Especialista de acordo com as seguintes competências:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Gestão da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Competências específicas na área Médico-Cirúrgica.

4. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Como detentor de competências específicas, o enfermeiro especialista pode e deve ser uma mais-valia na gestão de cuidados de saúde com qualidade. Nas competências do enfermeiro especialista, a gestão da qualidade é sem dúvida fundamental (OE, 2017).

OE (2009), afirma que o enfermeiro especialista deve ser um incentivador na evolução de estratégias de administração clínica, parte complementar nos programas de melhoria de qualidade dos cuidados, programas que ajudam na criação e continuação de ambientes terapêuticos seguros.

Devido a sua inconstância o doente crítico, precisa de cuidados imediatos e uma vigilância acrescida, posso afirmar que durante a minha aprendizagem neste domínio a existência de protocolos e normas nos serviços potenciavam a regularidade no cuidar, promovendo organização nos serviços, cuidados, minimizando o erro o que contribui para qualidade.

Enquanto aluna da especialidade, tive oportunidade de observar este domínio das competências do enfermeiro especialista pela minha tutora, o que me fez despertar para algumas lacunas, pois não é fácil com o mesmo número de doentes estar desperto para se dedicar a programas de gestão da qualidade, mas com ajuda eu própria consegui identificar áreas mais deficitárias dentro da equipa multidisciplinar e propor pequenas formações.

Ao longo desta caminhada foi possível aprofundar os conhecimentos teóricos relacionados com as condições de saúde do doente crítico, conseguindo uma maior capacidade crítica e analítica

para a tomada de decisões e para um cuidado abrangente do doente, desenvolvi autonomia na gestão dos doentes e dos cuidados exigidos nesta área, sempre assente no respeito pela dignidade com todos os doentes. Foi também possível trocar conhecimentos com a equipa multidisciplinar dos vários locais de estágio e desenvolver competências na área da investigação.

Ao longo deste estágio houve algumas dificuldades, como a pandemia COVID-19, que limitou o desenvolvimento de muitas atividades que envolvem contacto direto com o doente, no entanto, apesar disso, no final do estágio, penso que com humildade os objetivos propostos no início do estágio foram atingidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ángel Z, Duque G, Tovar D. (2016). Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Enferm Nefrol.* 19 (3): 202/213.
- European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association. (2007). Doença renal crónica (estádios 1-3). *Guia para a Prática Clínica*, 16-51.
- Martínez, C., & Gamboa, C. (2011). Help for the patient's family in critical situations. *Enfermería Global.* Nº 24, Páginas 103-109
- Mora, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Rev Cubana Oftalmol.* Vol.28 no.2.
- Ordem dos Enfermeiros. 2009. *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 45 pps.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.o 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica. *Diário Da Republica*, 2(no 135), 19359–19370.
- Sacco, G., Lléonart, S., Simon, R., Noublanche, F., Annweiler, C., & Tovid S. (2020). Communication Technology Preferences of Hospitalized and Institutionalized Frail Older Adults During COVID-19 Confinement: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(9), e21845.
- Terra, S., Maria, A., Dias, D., Figueiredo, D. & Morais, D. (2010). As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crónicos durante as sessões de hemodiálise. *Revista brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, 187-192.

APÊNDICE II: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Exmo. Sr. ou Sr.^a:

No âmbito da realização do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do grau de mestre, estou a realizar um estudo no qual pretendo identificar a “Prevalência de dor, interferência funcional e sua relação com variáveis clínicas: um estudo em doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise”.

O presente questionário é anónimo e composto por 3 grupos: o primeiro com 11 questões para caracterização sociodemográfica, o segundo constituído por 6 questões relacionadas com o tratamento/dor e o terceiro grupo tem por base, o Inventário Resumido da dor, (Versão Portuguesa do Brief Pain Inventory- Short Form, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com autorização do autor Charles Cleeland, PhD) e é formado por 15 itens que avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor.

A sua participação é essencial para o sucesso do presente estudo!

Instruções para o preenchimento do questionário:

1. Leia de forma atenta todas as questões que lhe são colocadas;
2. Não deixe nenhuma questão por responder, uma vez que isso impossibilitaria uma análise adequada dos dados;
3. Nas questões em que existir um espaço deve assinalar com uma cruz (X) a resposta que corresponde à sua situação ou responder de forma objetiva no espaço correspondente;
4. Não escreva o seu nome em nenhuma parte deste questionário, pois é absolutamente confidencial e anónimo.

Grata pela sua disponibilidade e colaboração

A investigadora: Enfermeira Carla Neves

GRUPO I

Variáveis de Caracterização Sociodemográfica

- 1. Género:** Masculino _____ Feminino _____
- 2. Idade** _____ (Anos)
- 3. Estado Civil:** Solteiro _____ Casado/ União de Facto _____ Divorciado/ Separado _____ Viúvo _____
- 4. Área de Residência:** Rural _____ Urbano _____
- 5. Com quem vive:** Sozinho _____ Cônjuge _____ Cônjuge e Filhos _____ Pais _____ Outros _____
- 6. Situação Profissional:** Trabalhador por conta própria _____ Trabalhador por conta de outrem _____ Desempregado _____ Reformado _____ Estudante _____
- 7. Grau de Escolaridade:** Nenhum _____ 1.º Ciclo _____ 2.º Ciclo _____ 3.º Ciclo _____ Secundário _____ Ensino Superior _____ Outro (s) _____
- 8. Nível de Rendimento Mensal (Facultativo):** Sem Rendimento Próprio _____
Com Rendimento Até 250 euros _____
Com Rendimento entre os 250 euros e os 500 euros _____
Com Rendimento entre os 500 euros e os 1000 euros _____
Com Rendimento Superios a 1000 euros _____
- 9. Crenças Religiosas:** Sim _____ Não _____
- 10. Tempo de Demora na Deslocação ao Local de Tratamento De Hemodiálise:** _____ (Horas e min)
- 11. Tipo de Transporte Utilizado na Deslocação ao Local de Tratamento de Hemodiálise:** _____

GRUPO II

Variáveis de Caracterização Clínicas

1. Causa da doença Renal Crónica: Diabetes _____ Hipertensão Arterial _____ Infecção Renal _____ Doença Autoimune _____ Rins Poliquísticos _____
Outra: Qual? _____

2. Comorbilidades: Hipertensão _____ Diabetes _____ Doença Cardíaca _____
Hipotiroidismo/Hipertiroidismo _____ Doença Osteoarticular _____ Doença Obstrutiva Pulmonar _____. Outras: Qual ou quais? _____

3. Tempo em Tratamento de Hemodiálise _____ (Anos)

4. Duração da Sessão de Hemodiálise _____ (Horas)

5. Tipo de Acesso: Fístula Arteriovenosa _____ Cateter Venoso Central _____ Prótese de Politetrafluoroetileno (PTFE) _____

6. Desde que Faz Tratamento de Hemodiálise Sente Algum Tipo de dor?

Sim, tenho sempre dores _____. Sim, tenho dores, mas só as vezes _____

Não tenho qualquer tipo de dor _____ Não consigo especificar _____

6.1. Se respondeu sim, se sente dor:

6.1.1 Como Caracteriza a sua Dor?

Dor em Cólica _____ Dor em Pontada _____ Dor em Queimação _____ Dor

Latejante _____. Outros _____

6.1.2. Como se apresenta a sua dor no tempo?

Dor contínua _____ Dor Cíclica _____ Dor Intermitente _____. Outros, qual? _____

6.1.3 A sua dor agrava-se durante o Tratamento de Hemodiálise?

Sim _____ Não _____

6.1.4. Após a sessão de Hemodiálise, a sua dor persiste no domicílio?

Sim _____ Não _____

GRUPO III

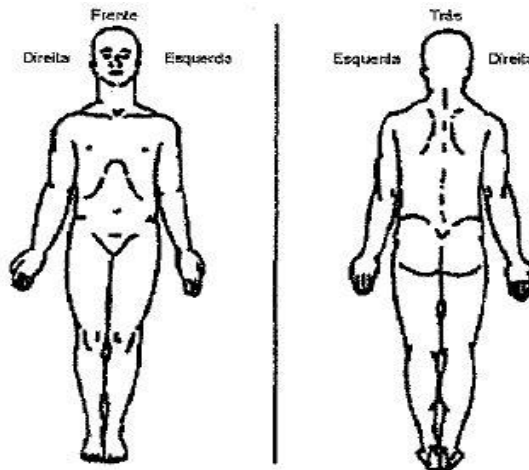
Inventário Resumido da Dor (BPI-Formulário Abreviado)

1. Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

Sim _____

Não _____

2. Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



3. Por favor, classifique a dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

4. Por favor, classifique a dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

5. Por favor, classifique a dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

6. Por favor classifique a sua dor, assinalando com um círculo, o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

7. Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para aliviar a sua dor?

8. Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Nenhum Alívio Alívio completo

9. Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A. Atividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu completamente

B. Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu completamente

C. Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu completamente

D. Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu completamente

E. Relação com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu completamente

F. Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu completamente

G. Prazer de Viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu completamente

Versão portuguesa do Brief Pain Inventory (Short Form). Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

APÊNDICE III: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “Prevalência de Dor, Interferência Funcional e sua Relação com Variáveis Clínicas: um estudo em doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise”

No âmbito da realização do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, estou a realizar um trabalho projeto no qual pretendo avaliar a Dor nos Doentes Renais Crónicos em Programa Regular de Hemodiálise.

O presente questionário é composto por 3 grupos: o primeiro com 11 questões sociodemográficas, o segundo constituído por 6 questões relacionadas com o seu tratamento e por fim, o terceiro grupo tem por base, o Inventário Resumido da dor, (Versão Portuguesa do Brief Pain Inventory- Short Form, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com autorização do autor Charles Cleeland, PhD) e, é formado por 15 itens que avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor.

Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes serão identificados, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa.

Carla Alexandra Ferreira Neves

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima mencionada. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura: Data: /..... /.....

¹http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinguia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

ANEXOS

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Nenhum Alívio
alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A Actividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

B Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

C Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

D Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

E Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

F Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

G Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES DA VERSÃO PORTUGUESA DO BPI

De: Luís Azevedo <lfazevedo55@gmail.com>
Enviado: 6 de outubro de 2022 20:30
Para: Carla Neves <karla_neves_@hotmail.com>
Cc: comunicacao@med.up.pt <comunicacao@med.up.pt>; olgamagalhaes@med.up.pt <olgamagalhaes@med.up.pt>; jclopes@reit.up.pt <jclopes@reit.up.pt>; Alexandra Vieira <xanav@med.up.pt>
Assunto: Re: Pedido de autorização para aplicação do Inventário

Cara Carla Neves,

É sempre muito satisfatório ver o nosso trabalho a ter utilidade para outros investigadores, profissionais e estudantes.

Em resposta ao seu e-mail de 02/10, e passados dois dias úteis depois do mesmo, informo que, naturalmente, tem autorização da nossa parte para a utilização no seu trabalho da versão portuguesa do Brief Pain Inventory - BPI (Inventário Resumido da Dor), traduzido e validado pelo nosso grupo.

Embora nós sejamos responsáveis pela versão portuguesa deste questionário, chamo-lhe a atenção para o facto de este instrumento ter copyright que pertence aos autores da versão original do mesmo, pelo que deverá, também, obter a autorização destes.

Relativamente ao BPI, recomendo-lhe que vá à seguinte página, onde encontrará as instruções necessárias para poder obter, de forma simples e rápida, a autorização de utilização da versão portuguesa do BPI:

<https://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html>

A utilização do BPI é praticamente gratuita no caso de ser para projectos não-financiados ou para a prática clínica, mas ainda assim precisa de fazer o registo de utilização e obter a autorização dos detentores do copyright.

Quanto às instruções de utilização e o método de scoring do BPI, envio-lhe o endereço do manual do BPI onde estas questões são devidamente abordadas.

https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf

Envio, em anexo , a versão portuguesa do BPI por nós validada em formato

PDF. Envio as versões com períodos de referência de 24 horas e de uma semana. Poderá usar uma ou outra versão, dependendo do contexto clínico de utilização. As duas estão devidamente validadas.

Recomendo-lhe ainda a consulta do nosso artigo que inclui detalhes sobre estes e outros instrumentos e sobre o nosso trabalho de tradução, adaptação cultural e validação dos mesmos.

Azevedo LF, Pereira AC, Dias C, Agualusa L, Lemos L, Romão J, Castro-Lopes JM. Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*. 2007;15:6-37.

Este artigo está disponível no seguinte link: https://www.aped-dor.org/socios/material_bibliografico/diversos_Questionarios_Dor-Rev_DOR_Volume15-n4-2007.pdf

Obviamente, sinta-se à vontade para contactar-me caso precise de algum esclarecimento adicional.

Os meus votos de felicidades para o seu trabalho.

Muito atentamente,

Luís Azevedo.

Luís Filipe Ribeiro de Azevedo, MD PhD

Professor Auxiliar na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP
Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde - MEDCIDS
Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - CINTESIS
Director do Programa de Doutoramento em Investigação Clínica e em Serviços de Saúde - PDISS
Investigador principal do Grupo [EvidenS&HTA](#) do CINTESIS
Assistant Professor at the Faculty of Medicine University of Porto - FMUP
Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences - MEDCIDS
Center for Health Technology and Services Research - CINTESIS
Director of the PhD Program in Clinical and Health Services Research - PDISS
Principal Investigator of the [EvidenS&HTA](#) Research Group at CINTESIS

Rua Dr. Plácido da Costa, s/n,
4200-450 Porto
Portugal

E-mail: lazevedo@med.up.pt medcids@med.up.pt | <http://medcids.med.up.pt>
Tel: +351 225 513 622 | Fax: +351 225 513 668

[Researchgate](#) [Google scholar](#) [ORCID](#) [Publons](#)

ANEXO III- AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO BPI

DocuSign Envelope ID: C2FF5358-7FF6-4317-A0AD-50BE4B53F099

SYMPTOM ASSESSMENT TOOL LICENSE AGREEMENT

This Symptom Assessment Tool License Agreement (the "Agreement," including both Part I License Information and Part II Terms & Conditions) is entered into as of the Effective Date by and between The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center ("MD Anderson") and the Licensee identified below. MD Anderson and Licensee may each hereinafter be individually referred to as a "Party" and collectively as the "Parties."

Under certain license agreements with Symptom Assessment Systems, LLC, MD Anderson has obtained the exclusive right to grant a license to use, reproduce, and/or distribute copies of, the Symptom Assessment Tool. Licensee desires to obtain the right to use, reproduce, and/or distribute copies of, the Symptom Assessment Tool for the Permitted Use described herein.

NOW, THEREFORE, in consideration of the promises, conditions, covenants and warranties herein contained, the Parties agree as follows:

PART I LICENSE INFORMATION

1.	Licensee	Name: Instituto Politecnico de Bragança	
		ATTN: Carla Neves	
		Address Line 1: 535 East 70th Street	
		Address Line 2: New York, NY 10021	
		Address Line 3: United States	
		Address Line 4: N/A	
		Email Address: karla_neves_@hotmail.com	
2.	Permitted Use	Student research (thesis, dissertation) developing a research work on "A PAIN PERCEPTION IN HEMODIALYSIS PATIENTS".	
3.	Symptom Assessment Tool	BPI-SF Portuguese-Portugal	
4.	License Fee:	\$ 100.00	

IN WITNESS WHEREOF, the parties hereto have caused their duly authorized representatives to execute this Agreement.

Licensee (see Item 1, above)

Signed: Carla Neves
(signature of representative)

Name: Carla Neves
(printed name of representative)

Title: student
(position within Licensee organization)

Date: 10-10-2022
(date signed by representative)

The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center

Signed: Andrew Dennis
(signature of representative)

Name: Andrew Dennis
(printed name of representative)

Title: Managing Director
(position within MD Anderson)

Date: 10/14/2022 | 11:43 AM CDT
(date signed by representative)

Part II Terms & Conditions are available at the following URL:
<https://www.mdanderson.org/content/dam/mdanderson/documents/about-md-anderson/about-us/Office-of-Technology-Commercialization/Terms-Conditions-BPI,MDASI,v1.1,NMD951.pdf>

{Worldox #00034073.DOCX 11}

ANEXO IV– PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança

PARECER N.º 121/2022

Sobre o processo: Título do assunto: Estudo sobre “PREVALÊNCIA DA DOR EM DOENTES HEMODIALISADOS: EFEITO MODERADOR DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS. ESSa.

Número: 427261

A - Questões com eventuais implicações éticas.

B – Conclusões

I Face ao exposto a Comissão de Ética do IPB decide emitir, Parecer:

- Deferido
- Indeferido
- Condicional

Aprovado em reunião do dia 28/10/2022 , por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética do IPB

Assinado por: TERESA ISALTINA GOMES CORREIA
Num. de Identificação: 05920982
Data: 2022.10.31 14:13:18 +0000

ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA CLÍNICA PARA APLICAÇÃO DO IRD

Excelentíssimo Senhor Diretor Clínico da TECSAM

Assunto: Pedido de Autorização para aplicação de Questionário

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e tendo em vista a realização de um projeto de investigação com o tema “*A Prevalência da Dor em doentes renais Crónicos em tratamento de Hemodiálise e o sua Relação com as variáveis Clínicas*” pretendo aplicar um Questionário Sociodemográfico, no qual se inclui o Inventário Resumido da dor, (Versão Portuguesa do Brief Pain Inventory- Short Form, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com autorização do autor Charles Cleeland, PhD)

Assim, venho por este modo solicitar a autorização para aplicar os questionários aos doentes em programa regular de Hemodiálise nas clinicas de Mogadouro, Mirandela e Vila Real.

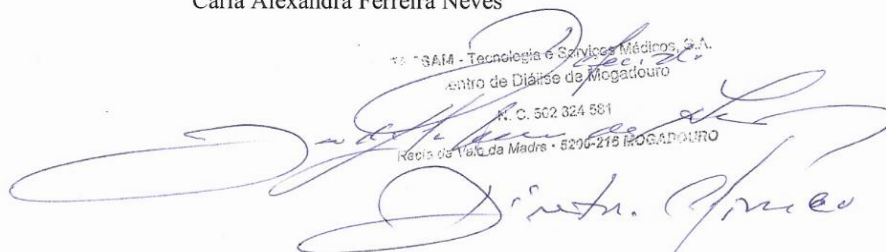
A informação recolhida no âmbito dos questionários será sujeita a tratamento estatístico e será absolutamente confidencial, não sendo, em caso algum, cedida a terceiros.

Agradecendo desde já toda a atenção dispensada, estando disponível para prestar eventuais esclarecimentos, aproveito para enviar os meus melhores cumprimentos.

Espera deferimento,

Bragança, 01 de outubro 2022

Carla Alexandra Ferreira Neves


TECSAM - Tecnologia e Serviços Médicos, S.A.
Centro de Diálise de Mogadouro
N.º C. 502.024.581
Rua da Várzea da Madre • 5200-218 MOGADOURO