



**PREVALÊNCIA DA DOR EM DOENTES RENAIIS CRÓNICOS EM
TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE E SUA RELAÇÃO COM
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Nádia Alexandra Peres Sabino

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, abril de 2023



Sabino NAP. (2023). Prevalência da Dor em Doentes Renais Crónicos em Tratamento de Hemodiálise e sua Relação com Variáveis Sociodemográficas. Relatório final de estágio. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

DEDICATÓRIA

Ao meu marido pela compreensão, paciência e apoio incondicional que recebi ao longo destes dois anos de mestrado.

Aos meus pais pela dedicação que demonstram diariamente e por fim aos meus irmãos e sobrinhas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, a Professora Doutora Gorete Baptista, pela disponibilidade, apoio, paciência e excelente orientação que proporcionou;

Ao Dr. Pedro Azevedo e ao Enf. Francisco Travaços, pelo trabalho exemplar que desenvolvem na área da Hemodiálise e pelo apoio proporcionado, o meu mais sincero agradecimento. Serão sempre uma referência para mim.

A todos os meus amigos e colegas de turma e profissão, pelo companheirismo, amizade e fidelidade ao longo desta etapa.

Aos utentes que, de forma livre e pronta, participaram no estudo.

O meu mais sincero obrigado a todos aqueles que caminharam ao meu lado ao longo destes dois anos de mestrado e tornaram este percurso mais simples.

RESUMO

Enquadramento: A dor é um sintoma frequente nos doentes que utilizam a hemodiálise como tratamento de substituição renal. O doente renal crónico refere sentir diferentes tipos de dor, com intensidade e localização variáveis. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de dor nos doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise e as relações existentes entre a dor e variáveis sociodemográficas. **Métodos:** Trata-se de um estudo analítico e transversal, realizado numa amostra de 140 doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise. Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário englobando variáveis de caracterização sociodemográfica e o inventário “*Brief Pain Inventory- Short Form*”, constituído por 15 itens que avaliam a existência, localização, severidade, estratégias terapêuticas aplicadas, eficácia do tratamento da dor e interferência funcional. Para o tratamento dos dados recorreu-se ao SPSS com cálculo das frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. **Resultados:** A prevalência da dor sentida na última semana foi elevada (65%), ao contrário do que se verificou no momento da aplicação do inventário, em que 80% afirmaram não ter dor. Destacou-se a dor na região dorsal (24,2%) e, quanto à severidade da dor, 42,9% tiveram dor máxima de intensidade entre 6-10, 40,7% tiveram dor mínima de intensidade entre 4 e 6. O tratamento efetuado para alívio da dor foi, na maioria (82,9%), com utilização de analgésicos, mas apenas 20% dos hemodialisados referiu eficácia. Na análise correlacional, apenas se verificaram relações estatisticamente significativas ($p < 0,05$), entre a dor com o género e grau de escolaridade, entre a severidade da dor com a escolaridade. De um modo geral não se verificou interferência funcional da dor nas atividades de vida diárias dos hemodialisados, observando-se apenas uma associação significativa ($p < 0,05$) entre a variável escolaridade com a atividade geral, a capacidade de andar a pé, o prazer de viver, o rendimento mensal e a relação com as outras pessoas. **Conclusão:** O estudo fornece insights importantes sobre a prevalência e os fatores associados à dor em pacientes em tratamento de hemodiálise e os resultados destacam a necessidade de uma abordagem integrada para o tratamento da dor, que leve em consideração não apenas a demografia do paciente, mas também os seus fatores psicológicos e socioeconómicos.

Palavras-chave: Dor; Doente Renal Crónico; Hemodiálise.

ABSTRACT

Background: Pain is a common symptom in patients undergoing hemodialysis as a renal replacement therapy. Chronic renal patients report feeling different types of pain, with varying intensity and location. **Objectives:** To evaluate the prevalence of pain in chronic renal patients undergoing hemodialysis and the relationships between pain and sociodemographic variables. **Methods:** This is an analytical and cross-sectional study conducted on a sample of 140 chronic renal patients undergoing hemodialysis. A questionnaire encompassing sociodemographic characteristics and the "Brief Pain Inventory-Short Form" inventory consisting of 15 items was used to collect data, assessing the existence, location, severity, therapeutic strategies applied, effectiveness of pain treatment, and functional interference. Data were analyzed using SPSS with calculations of absolute and relative frequencies, means, and standard deviations. **Results:** The prevalence of pain experienced in the last week was high (65%), contrary to what was reported at the time of inventory application, where 80% reported having no pain. Pain in the dorsal region (24.2%) was highlighted, and regarding pain severity, 42.9% had maximum pain intensity between 6-10, while 40.7% had minimum pain intensity between 4 and 6. The majority (82.9%) used analgesics for pain relief, but only 20% of hemodialysis patients reported effectiveness. In the correlational analysis, statistically significant relationships ($p < 0.05$) were only found between pain and gender and level of education, between pain severity and education. In general, functional interference of pain in the daily activities of hemodialysis patients was not observed, with only a significant association ($p < 0.05$) between the variable of education and general activity, walking capacity, pleasure of living, monthly income, and relationship with other people. **Conclusion:** The study provides important insights into the prevalence and factors associated with pain in patients undergoing hemodialysis, highlighting the need for an integrated approach to pain management that considers not only the patient's demographics but also their psychological and socioeconomic factors.

Keywords: Pain; Chronic Renal Patient; Hemodialysis.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APIR- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais

AV- Acesso Vascular

BPI- Brief Pain Inventory- Short Form

BPI- SF- Inventário Resumido da Dor- Formula Abreviada

DRA- Doença Renal Aguda

DRC- Doença Renal Crónica

DGS- Direção Geral da Saúde

DRCT- Doença Renal Crónica terminal

INE- Instituto Nacional de Estatística

EE- Enfermeiro Especialista

EDV- Escala de Descrição Verbal

ENA- Escala Numérica de Avaliação

EVA- Escala Visual Analógica

FG- Filtração Glomerular

HD- Hemodiálise

IASP- International Association for the Study of Pain

IRC- Insuficiência Renal Crónica

IRD- Instrumento de Recolha de Dados

LRA- Lesão Renal Aguda

OM- Ordem dos Médicos

OMS- Organização Mundial de Saúde

PDRC- Pessoa com Doença Renal Crónica

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

TFG- Taxa de Filtração Glomerular

TSR- Tratamento de Substituição Renal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. O DOENTE RENAL CRÓNICO	13
1.1.O Tratamento de Hemodiálise e o Impacto Biopsicossocial na Vida do Doente.....	14
2. A DOR NO DOENTE RENAL CRÓNICO EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE. 18	
2.1. Cuidados de Enfermagem ao Doente Hemodialisado: Promoção do Conforto	19
2.1.1 A Importância da Avaliação da Dor no Doente Hemodialisado.....	20
2.1.2 Tratamento da Dor do Doente Hemodialisado	21
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO	
1. METODOLOGIA	24
1.1. Tipo de Estudo.....	24
1.2. População/Amostra.....	25
1.3. Instrumento de Recolha de Dados	25
1.3.1. Variáveis em Estudo e sua Operacionalização.....	26
1.4. Considerações Éticas.....	27
1.5. Procedimentos de Recolha de Dados.....	28
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	30
2.1. Caracterização Sociodemográfica da PDRC.....	30
2.2. Características da Dor das PDRC	32
2.3. Características da Dor e Relação com as Variáveis Sociodemográficas das PDRC....	36
2.4. Características da Severidade, Alívio e Interferência Funcional da Dor e sua relação com as Variáveis Sociodemográficas das PDC.....	38
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	50
CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES E ANEXOS	63
Apêndice I- Relatório de Estágio.....	64
Apêndice II- Instrumento da Recolha de Dados e Consentimento Livre e Esclarecido.....	87
Anexo I- Autorização dos Autores Responsáveis pela Versão Portuguesa do BPI	92
Anexo II- Autorização do Autor do Inventario Resumido da Dor	94
Anexo III- Parecer da Comissão de Ética	95
Anexo IV- Autorização das Clínicas para Aplicação do Questionário	96

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caraterísticas Sociodemográficas das PDRC	31
Tabela 2- Resultados do BPI: Prevalência e Localização da Dor das PDRC	32
Tabela 3- Resultados do BPI: Estratégias Terapêuticas Utilizadas das PDRC	34
Tabela 4- Resultados do BPI: Interferência Funcional da Dor na Vida Diária das PDRC ...	35
Tabela 5- Resultados do BPI: Existência de Dor e a Relação com as Variáveis Sociodemográficas das PDRC	37
Tabela 6- Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Género das PDRC	38
Tabela 7- Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Idade das PDRC	39
Tabela 8- Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Estado Civil das PDRC	40
Tabela 9- Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Área de Residência das PDRC	41
Tabela 10- Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Coabitação das PDRC	42
Tabela 11- Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Situação Profissional das PDRC	44
Tabela 12- Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Grau de Escolaridade das PDRC	45
Tabela 13- Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Rendimento Mensal das PDRC	46
Tabela 14- Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Tempo de Deslocação à Clínica das PDRC	47
Tabela 15- Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Tipo de Transporte das PDRC	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Resultados do BPI: Classificação da Dor Máxima, Mínima e em Média das PDRC.....	33
Gráfico 2 – Resultados do BPI: Prevalência da Dor Sentida no Preciso Momento pelas PDRC.....	33
Gráfico 3 – Resultados do BPI: Eficácia do Tratamento no Alívio da Dor nas PDRC	34
Gráfico 4 – Diagrama de Extremos e Quartis das Dimensões das dimensões do BPI para as PDRC	36

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crónica (DRC) é progressiva, debilitante e irreversível é um problema de saúde pública mundial, engloba milhões de pessoas de todos os grupos raciais e étnicos. Esta doença caracteriza-se por anomalias das estruturas dos rins, o que leva a alterações da função renal, bem como alterações da homeostasia corporal. Por esse motivo, o indivíduo inicia um tratamento de substituição renal, a hemodiálise (HD), contudo, é um tratamento penoso do qual resultam efeitos colaterais.

As principais complicações resultantes da HD incluem câibras musculares, prurido, dor de cabeça, dor abdominal, dor torácica, dor lombar, hipotensão, hipertensão, náuseas e vômitos, calafrios e obstipação (Tinôco et al., 2017).

O doente em tratamento de HD refere a dor como um dos principais sintomas. Porém, a dor, mais do que um sintoma, é uma experiência ou sensação associada à lesão real ou potencial dos tecidos. A dor é subjetiva e pessoal e inclui fatores sensitivos e afetivos. Esta pode ter a denominação de aguda ou crónica. A dor aguda tem a duração de minutos, dias ou semanas e associa-se a infeções, traumas ou outras doenças. Por sua vez, a dor crónica tem duração de três ou mais meses e associa-se a doenças crónicas e terminais (Silva, et al., 2020).

Considera-se, portanto, fundamental que o enfermeiro que atua em HD capacite o doente renal crónico na identificação dos tipos de dor, no sentido de encontrar estratégias, farmacológicas ou não, para o seu alívio. A este respeito, o enfermeiro deve identificar as necessidades individuais da Pessoa com Doença Renal Crónica (PDRC), assim como intervir na sua educação e da família/cuidador, sobre os efeitos adversos do tratamento e também traçar o plano terapêutico.

Conforme o Regulamento n.º 429/2018, sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, compete ao enfermeiro cuidar da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Este trabalho apresenta o estudo empírico no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, por se considerar importante abordar a severidade, o alívio e a interferência funcional da dor na PDRC em programa regular de HD.

Este estudo priorizará as complicações mais comuns durante e após as sessões de hemodiálise, dando destaque à dor e a sua interferência funcional na vida da PDRC. Pretendemos, assim, uma melhor compreensão da experiência da dor da PDRC submetida a

HD, visando a melhoria dos cuidados que lhe são prestados no âmbito da gestão da dor e também, de uma forma global, contribuir para melhorar a sua capacidade funcional e qualidade de vida.

Procurando a melhoria contínua da prestação de cuidados dirigidos à prevenção e tratamento da dor do doente hemodialisado, o presente estudo tem como objetivo geral:

- Avaliar a prevalência de dor da pessoa doente renal crónica em tratamento de hemodiálise e sua relação com as variáveis sociodemográficas.

Decorrentes do objetivo geral estabelecido, formularam-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra ao nível das variáveis sociodemográficas;
- Avaliar a prevalência de dor dos indivíduos da amostra;
- Caracterizar a severidade da dor sentida pelos indivíduos da amostra;
- Avaliar a interferência funcional da dor nos indivíduos da amostra;
- Verificar a relação que existe entre a dor e as variáveis de caracterização sociodemográfica dos indivíduos da amostra;
- Verificar a relação existente entre a severidade, alívio e interferência funcional da dor com as variáveis de caracterização sociodemográficas dos indivíduos da amostra.

No que concerne à estrutura e organização deste estudo, 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 e são apresentados os resultados obtidos, assim como a sua análise e discussão em confronto com o estado da arte sobre o tema.

Podemos assim dizer, que a dor é um problema significativo em pacientes renais crónicos em tratamento de hemodiálise e uma abordagem multidisciplinar é necessária para gerenciá-la adequadamente, sendo importante o papel do enfermeiro.

Por fim, este trabalho inclui o Relatório Final de Estágio (Apêndice I), o qual descreve as experiências e atividades realizadas ao longo dos três estágios realizados no desenvolvimento do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O DOENTE RENAL CRÓNICO

Os rins são os órgãos responsáveis pela ultrafiltração, depuração e eliminação de resíduos tóxicos produzidos pelo organismo, nomeadamente a ureia e o ácido úrico. Os rins controlam o volume dos líquidos e dos sais do corpo, produzem e segregam hormonas, nomeadamente a eritropoietina, a vitamina D e a renina (Sousa et al., 2019).

Para além da depuração de toxinas e da regulação do volume de líquidos, os rins desempenham a função primordial de filtração do sangue, os quais filtram por minuto 20% do volume sanguíneo bombeado pelo coração. Os rins são órgãos fundamentais para a conservação da homeostasia do corpo humano e sempre que se verifica uma diminuição progressiva na sua função ocorre o comprometimento de todos os outros órgãos (Santos et al., 2020).

Nas pessoas com doença renal crónica, a excreção das substâncias que deveriam ser eliminadas pela urina acumulam-se, provocando a rutura das funções endócrinas e metabólicas, que resultam no desequilíbrio hidroeletrólítico e de ácido-base, bem como na síntese e regulação de hormonas (Mira et al., 2017; Schoppmeyer et al., 2010).

Estima-se que a DRC afete aproximadamente 10% da população mundial e abrange todas as faixas etárias. Trata-se de um problema de saúde pública e médica, pois crescem anualmente os casos de pacientes em tratamento hemodialítico, assim como as taxas de mortalidade (Mira et al., 2017; Sousa et al., 2018).

A DRC consiste numa lesão renal com perda parcial ou total da função renal, que ocorre de forma silenciosa, progressiva e irreversível, podendo ser sintomática ou assintomática.

Por sua vez, a Lesão Renal Aguda (LRA) ou Doença Renal Aguda (DRA) é uma doença sistémica onde ocorre a diminuição súbita da função renal em horas ou dias (Menegat et al., 2021). À semelhança da DRC, a LRA também é considerada um problema de saúde pública, por apresentar um elevado número de mortes, assim como um elevado custo no tratamento. A LRA é caracterizada pela redução da filtração glomerular, oligúria e alteração da creatinina sérica. Os principais sinais e sintomas são oligúria ou anúria, fraqueza, apatia, perda de apetite, náusea, vómitos, edema pulmonar e periférico, ascite, arritmias cardíacas e coma. Relativamente ao tratamento da LRA, passa por processos dialíticos, alterações alimentares e hidroeletrólíticas. No entanto é diferente da DRC pois é uma patologia reversível (Menegat et al., 2021).

Caracterizada pela perda permanente e irreversível das funções dos rins, a DRC pode progredir para Doença Renal Crónica Terminal (DRCT), a fase mais severa. Nesta fase, as

funções do rim são nulas e torna-se necessário substituir as funções dos rins de forma a manter a homeostasia do corpo, recorrendo ao tratamento hemodialítico. Na maioria dos casos, o doente renal crónico desconhece ou conhece muito pouco a sua condição. Este facto, para além de um problema por si só, pode levar ao diagnóstico tardio, inviabilizar a sua cura e estabelecer a cronicidade da sua doença (Ribeiro et al., 2020).

A DRC é classificada através da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), a qual permite medir a capacidade funcional do rim em filtrar e eliminar as substâncias tóxicas do organismo (Mira et al., 2017; Silva et al., 2018). A TFG categoriza a DRC em cinco estádios, sendo que o primeiro descreve a função renal como normal ($TFG \geq 90$ ml/min/1,73 m²), podendo evoluir até ao quinto estágio ($TFG < 15$ ml/min/1,73 m²), classificado como falência renal ou insuficiência renal terminal. A Filtração Glomerular (FG) mensura a função renal e quando atinge valores muito baixos observa-se a falência renal, o estágio mais avançado da DRC (Mira et al., 2017; Ribeiro et al., 2020).

Na DRC o início da sintomatologia ocorre quando cerca de 90% da função renal se perde aparecem os seguintes sintomas: hipertensão arterial, alterações no volume de urina, edemas nos membros inferiores, astenia, prurido, náuseas e vômitos, mau hálito e sabor metálico na boca. À medida que a DRC evolui, o doente pode também apresentar dificuldades físicas como dores lombares, tremores, alterações cardiovasculares, entre outros sintomas que o impedem de realizar autonomamente as suas atividades de vida diárias (APIR, 2016).

Estudos apontam como principais causas da DRC a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, as doenças renais (glomerulopatia, nefropatia, doença renal poliquística) e as uropatias (infecções urinárias de repetição, obstruções urinárias e cálculos urinários). A estas causas acrescem fatores de risco como o histórico familiar, o envelhecimento e o grupo étnico (Andrade et al., 2021; Jesus et al., 2018; Mira et al., 2017;).

Os idosos, doentes hipertensos, diabéticos, doentes com doença cardiovascular, familiares de doentes portadores de DRC e doentes que fazem medicação nefrotóxica são considerados grupos de risco e revelam maior suscetibilidade para a DRC (Ribeiro et al., 2020).

1.1. O Tratamento de Hemodiálise e o Impacto Biopsicossocial na Vida do Doente

Depois de diagnosticada a DRC e para prevenir o surgimento de complicações, ou mesmo a morte, deve-se instituir um tratamento conservador ou dialítico o mais cedo possível. O tratamento de HD deve ser efetuado pelas PDRC durante toda a vida ou até serem submetidos a um transplante renal bem-sucedido.

Atualmente, a HD é o tratamento de substituição renal mais utilizado a nível mundial, em 90% dos doentes com DRCT, cujo objetivo é a manutenção da vida (Jesus et al., 2018; Tinôco et al., 2017). Consiste num método de depuração extrarrenal pelo qual o sangue é obtido por um acesso vascular (cateteres ou fístulas arteriovenosas) e é colocado em contato com uma solução de diálise por meio de um filtro especial com membranas semipermeáveis artificiais, podendo estas ser de celulose, celulose modificada e sintéticas. Devem ser as mais biocompatíveis para evitar reações inflamatórias no doente e com características de alto fluxo e alta eficácia, através das quais ocorrem trocas por difusão, por convecção e ultrafiltração. As membranas sintéticas são mais biocompatíveis do que as membranas derivadas da celulose (Deus et al., 2015; OM, 2017).

Durante a HD o sangue passa por um filtro chamado “dialisador” que é composto por múltiplas fibras minúsculas e porosas (capilares), dentro das quais o sangue circula. Um fluido especial, chamado solução de diálise ou dialisante, flui à volta das fibras, sem contacto direto com o sangue. Por meio do dialisador, a água e os resíduos tóxicos em excesso são eliminados do sangue, em direção ao dialisante. Assim, o sangue purificado é devolvido ao organismo, enquanto que o dialisante é eliminado (APIR, 2016).

Ao ser um sistema de difusão e osmose, durante a HD o doente é ligado a uma máquina que bombeia o sangue corpóreo até ao dialisador, que age como uma membrana que substitui os glomérulos e os tubos renais. O dialisador tem o objetivo de reter as toxinas, o excesso de eletrólitos e efetuar o balanço hidroeletrólítico, e no final devolver o sangue purificado ao doente. O processo de filtração é realizado várias vezes com o objetivo de filtrar ao máximo o sangue (Ribeiro et al., 2020).

A existência de um Acesso Vascular (AV) é fundamental para a eficácia da HD, uma vez que permite um grande débito sanguíneo e possibilita extrair e reinfundir uma elevada quantidade de sangue. A escolha do AV (fístula arteriovenosa, cateter venoso central ou enxerto arteriovenoso) está dependente do estado clínico e vascular do doente, bem como do tempo disponível para dar início ao tratamento de HD.

A HD pode realizar-se através de cinco tipos de técnicas dialíticas: a HD de baixo fluxo e baixa eficácia; HD de baixo fluxo e alta eficácia; HD de alto fluxo; hemodiafiltração; hemofiltração (OM, 2017).

A HD é uma técnica que obriga a uma assistência intensiva devido à elevada probabilidade de ocorrerem complicações clínicas durante o tratamento. A HD é um tipo de diálise realizada por um circuito extracorpóreo constituído por uma linha arterial e uma linha venosa, juntamente com o rim artificial denominado hemodialisador (Siqueira et al., 2021).

No âmbito da HD existe o método contínuo, dirigido para doentes com insuficiência renal aguda, e o método intermitente, prescrito para doentes com insuficiência renal crónica. Neste último, o doente cumpre um esquema de quatro horas, três vezes por semana. A HD é realizada em hospitais ou clínicas especializadas, onde o doente se desloca três ou 4 vezes por semana e onde permanece em média quatro horas por dia, o que afeta a qualidade de vida da PDRC. Sem dúvida que esses doentes sofrem várias alterações no seu quotidiano, como restrições alimentares e hídricas e mudanças no seu estilo de vida e social (Ribeiro et al., 2020).

Para as PDRC a HD é de extrema importância, uma vez que aumenta a sua sobrevivência. No entanto, podem surgir complicações relacionadas com as condições clínicas do doente, a qualidade da diálise e o desequilíbrio no volume de água e de eletrólitos.

Nas últimas décadas tem-se observado uma melhoria e sofisticação dos equipamentos, tornando a HD um tratamento seguro e capaz de manter a vida dos doentes por longos períodos. Todavia, em cerca de 30% das sessões pode ocorrer algum tipo de complicação, como: hipotensão, caibras, náuseas, vômitos, cefaleias, diarreia, reações alérgicas, arritmia cardíaca, embolias, hemorragias, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, insónia, inquietação, demência, infeções, pneumotórax, isquemia ou edema na mão e anemia (Deus et al., 2015; Evaristo et al., 2020; Siqueira et al., 2021).

As complicações são frequentes e podem surgir durante e após a sessão de HD. Cabe à equipa de enfermagem intervir quando necessário para minimizar tais complicações que interferem tanto na qualidade do tratamento como na qualidade de vida da PDRC. Devido à sua complexidade, a HD é sinónimo de medo e de incerteza para o doente em tratamento, o qual pode manifestar complicações, que podem variar desde hipotensão arterial ou até mesmo arritmias cardíacas (Siqueira et al., 2021).

A qualidade de vida das PDRC é afetada pelo surgimento de complicações ocorridas durante as sessões de HD e a gravidade das complicações pode ser influenciada pela quantidade de medicação usada para aliviar os sintomas (Santos et al., 2020).

A vivência diária com a DRC exige uma adaptação e alteração na rotina e nos hábitos de vida do indivíduo. Além da doença a própria HD provoca repercussões negativas na vida da PDRC, verifica-se declínio sexual, afastamento do trabalho, limitações físicas e dependência de acompanhamento clínico constante, levando ao comprometimento da qualidade de vida. As alterações psicossociais e biológicas relacionadas com a HD aumentam o risco de desenvolvimento de depressão na PDRC (Jesus et al., 2018; Pretto et al., 2020).

As complicações que surgem durante a HD e que interferem diretamente na qualidade de vida das PDRC, requerem a atenção não só da equipa de enfermagem como de outros

profissionais de saúde que o acompanham, com vista a diminuir a possibilidade de interrupção do tratamento e, conseqüentemente, a taxa de mortalidade (Evaristo et al., 2020).

Identificar complicações e saber atuar perante essas situações é essencial para garantir a qualidade de vida dos doentes, porque para além dessas complicações a PDRC sofre outras alterações negativas na sua vida, nomeadamente o uso contínuo de medicamentos, restrições hídricas/nutricionais e no contacto social, familiar e profissional (Deus et al., 2015; Jesus et al., 2018).

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

A dor é uma experiência multidimensional, desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão (*International Association for the Study of Pain (IASP)*, cit. por DGS (2022)).

É um sintoma comum em inúmeras doenças e alerta para a ocorrência de danos tecidulares. Apesar de desagradável, a dor é um mecanismo essencial para o doente, porque promove a procura de ajuda médica e conseqüentemente a identificação da causa da dor (Afonso, 2021).

Podemos classificar a dor de diferentes formas. Com base num critério temporal, classifica-se como aguda ou crónica. Com base nos mecanismos fisiopatológicos, podemos classificar a dor em nociceptiva ou neuropática. (Rodrigues, 2019)

A dor aguda é um sintoma que garante a preservação do corpo humano, pois gera um alerta para uma possível situação de destabilização tecidual no doente. Esta particularidade da dor aguda é essencial para se distinguir da dor crónica, esta última relacionada com a morbidade. A dor aguda é erradicada, quando se elimina o fator causal. A dor aguda é o principal sintoma que faz com que o doente se dirija ao serviço de urgência, tornando-se num problema de saúde pública. (Afonso, 2021).

A estimativa mundial para a prevalência de dor crónica situa-se nos 25% e anualmente 10% da população mundial é diagnosticada com dor crónica (Kanematsu et al., 2022).

A dor crónica persiste durante mais de 3 a 6 meses e apresenta dor persistente, incapacidade, perturbação emocional e social. Ao contrário da dor aguda, a dor crónica não tem uma função de alarme e envolve múltiplos mecanismos neurofisiológicos do sistema somatossensorial. A dor crónica não pode ser considerada uma dor aguda persistente, pois há diferenças a nível da sua neurofisiologia e neuropsicologia (Afonso, 2021).

A natureza multidimensional de dor abrange o conceito de dor total, que inclui os aspetos físico, psicológico/emocional, social e espiritual (Kanematsu et al., 2022).

A dor é uma das queixas mais observadas nos doentes com DRC em HD e está associada ao aumento da depressão e à redução da qualidade de vida (Sadigova et al., 2020).

O tipo de dor manifestada pelas PDRC varia em localização e intensidade, os quais relatam frequentemente mialgia, câibras, dor de cabeça, dor musculoesquelética, dor neuropática e/ou dor torácica (Santos et al., 2021).

2.1 Cuidados de Enfermagem ao Doente Hemodialisado: Promoção do conforto

Na área da saúde, a enfermagem é a profissão que tem como objetivo prestar, ao longo da vida, cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, assim como à comunidade em que ele está inserido, com o intuito de manter, melhorar e recuperar a sua máxima capacidade funcional (REPE, 2015).

O cuidar de pessoas que vivenciam processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica implica uma resposta mais direcionada e mais incisiva, tendo em vista a manutenção da vida do doente em HD. Desta forma, o Enfermeiro Especialista (EE) deverá ser detentor de competências específicas para ser capaz de lidar, em tempo útil e de forma holística, com todos os aspetos inerentes ao doente em HD, que vivencia alterações no seu quotidiano. As competências do EE que presta cuidados de HD vão desde utilizar tecnologia que mantém o suporte vital do doente até ao integrar a família/cuidador nos cuidados, exigindo perícia, paciência e empatia (Regulamento nº 122/2011).

Para a especialidade de nefrologia, os cuidados de enfermagem representam o cuidado paliativo que implica o uso de tecnologia de última geração nas unidades de diálise/hemodiálise (Ribeiro et al., 2020).

Os cuidados prestados durante o tratamento de HD permitem não só assegurar as funções vitais, prevenir complicações e limitar incapacidades, mas também promovem a satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar do doente (Regulamento nº 124/2011).

A PDRC em HD necessita de um tratamento especializado, bem como de profissionais dotados com conhecimentos teóricos e práticos suficientes de forma a prestar assistência humanizada a estes doentes (Ribeiro et al., 2020).

Os serviços de HD contam com o EE para a prestação da assistência, o qual deve inspecionar o local de inserção do cateter venoso central e avaliar a fistula arteriovenosa, dando especial atenção aos sinais que indiquem alterações vasculares.

Durante a HD, os cuidados de enfermagem prioritários ao doente passam pela monitorização dos sinais vitais a cada trinta minutos, monitorização do peso do doente antes e depois da diálise, avaliação dos acessos vasculares e avaliação de sinais inflamatórios. Acrescem também cuidados como o controlo da infeção, o fornecimento de suporte emocional e a avaliação da dor (Andrade et al., 2021).

Os cuidados de enfermagem em HD apresentam características que os distinguem das demais áreas de atuação desta profissão. Para além da convivência frequente e por um longo

período com os mesmos doentes, a equipa de enfermagem confronta-se com a repetição de tarefas, a necessidade de lidar com equipamento específico e com a possibilidade de ocorrerem complicações durante a sessão de HD (Ribeiro et al., 2020).

Assim, o papel do EE assume extrema importância na coordenação da equipa, de forma a identificar as necessidades específicas de cada paciente, evitando potenciais complicações. Além disso, o EE intervém na educação da família/cuidador e do doente sobre a doença e suas complicações, fornece orientações sobre o plano terapêutico e esclarece dúvidas sobre os cuidados (Andrade et al., 2021).

Para além da abordagem sobre as competências do EE nos cuidados à PDRC em HD, entendeu-se que seria importante abordar também a sua intervenção no que concerne à avaliação do tipo e prevalência de dor crónica na PDRC em programa regular de HD.

Se o EE conhecer o tipo e a prevalência de dor, poderá aplicar as terapias mais eficazes para o alívio da dor, promovendo a qualidade de vida desses doentes. Para isso é importante que o EE que atua em HD coadjuve 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).

A identificação correta do tipo, prevalência e nível da dor, através de escalas validadas, assim como a avaliação e a utilização de estratégias para o seu alívio devem respeitar os princípios éticos e morais que existem na relação terapêutica entre o profissional e o doente. Os princípios da bioética devem ser a base das decisões e intervenções, que promovam o bem-estar e segurança dos doentes com manifestação de dor (Marques et al., 2016).

Em alguns casos, as equipas de enfermagem ainda revelam lacunas no acompanhamento dos doentes em HD, pois, para além do conhecimento sobre a terapia dialítica, as equipas devem estar preparadas para educar os doentes e respetiva família/cuidador sobre as principais complicações da doença e para ajudá-los a adaptar-se à sua condição, não só antes do tratamento, mas também durante e após o mesmo (Silva et al., 2020).

2.1.1. A importância da avaliação da Dor no doente hemodialisado

Durante a HD podem surgir intercorrências relacionadas com o tratamento, que causam dor, essas dores perfazem cerca de 40% do total de queixas apresentadas pelas PDRC em HD. Grande parte das queixas têm o mecanismo fisiopatológico conhecido, o que permite tratar a dor no decorrer da HD. 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 (Vides et al., 2017).

Uma das principais queixas dolorosas do PDRC em HD são as câibras, estas antecedem a hipotensão e provocam fortes dores relacionadas com as contraturas musculares involuntárias, manifestadas principalmente nos membros inferiores e na segunda metade da HD (Marques et al., 2016).

Para avaliar a intensidade da dor existem métodos de avaliação unidimensionais e multidimensionais. Os unidimensionais requerem menos tempo e menor funcionalidade cognitiva dos doentes porque se concentram num aspeto em particular e medem a intensidade da dor através de um valor numérico ou qualitativo. São exemplo a Escala Visual Analógica (EVA), a Escala Numérica de Avaliação (ENA), Escala de Descrição Verbal (EDV) e a Escala de Faces. Por sua vez, os métodos multidimensionais são o Questionário da Dor de McGill, Brief Pain Inventory (BPI), o Questionário da Dor de Dartmouth, o Inventário Multifásico de personalidade de Minnesota, o Inventário da Depressão de Beck, entre outros (Afonso, 2021).

A HD obriga o doente a estar sentado na mesma posição, várias vezes por semana, durante três a quatro horas, facto que poderá originar o agravamento da dor musculoesquelética (Sousa et al., 2019).

Frequentemente essas queixas também se associam 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).

A PDRC pode apresentar dor relacionada com a doença óssea renal (osteíte fibrosa cística, amiloidose e osteomalácia), osteoartrite, arteriopatia urémica calcificada e neuropatia periférica (Santos et al., 2021).

A dor pode provocar lesões orgânicas e emocionais, como hipoventilação, diminuição da perfusão periférica, taquicardia e ansiedade, quando não é realizado um diagnóstico e tratamento adequados. Apesar de a dor ser uma manifestação comum e relevante nas unidades de HD, ainda carece de valorização na prática clínica (Marques et al., 2016).

2.1.2 Tratamento da Dor no Doente Hemodialisado

As queixas algicas manifestadas pelas PDRC têm o seu mecanismo fisiopatológico conhecido e podem ser tratadas no decorrer da HD. Contudo, é importante referir que a HD não alivia o sintoma rotineiramente, sendo que em algumas situações pode até agravar o

mesmo. A maioria das PDRC sofrem de dor insuficientemente tratada ou não tratada. Quanto à principal medida para o alívio da dor recorre-se à farmacologia, habitualmente a fármacos não opióides (Vides et al., 2017).

As câibras surgem no decorrer da HD, as quais provocam desconforto e dor à PDRC. No tratamento agudo das câibras recorre-se à administração de glicose a 30%, soro fisiológico e gluconato de cálcio. Para amenizar os episódios de câibras antes e depois da HD também se pode elevar os níveis de sódio. Quando a PDRC apresenta câibras, o enfermeiro, para além dos tratamentos farmacológicos mencionados, pode aplicar frio no músculo afetado, fazer flexão dos dedos ou pedir ao doente que faça pressão sobre a planta do pé.

Relativamente às cefaleias, o tratamento é realizado com uso de analgésicos por via oral ou parenteral. Por sua vez, a dor torácica, associada também à dor lombar, tem a sua etologia desconhecida e por isso não há tratamento específico, nem estratégias de prevenção, a não ser o uso de analgésicos (Santos et al., 2020).

A maioria das PDRC utiliza regularmente analgésicos para a o alívio da dor crónica, contudo, muitos doentes também recorrem a estratégias não medicamentosas como o repouso, massagens, relaxamento, crioterapia e exercícios.

Muitas vezes, as PDRC não têm a dor controlada, isso deve-se ao facto de os cuidadores não estarem despertos para esse problema e estarem preocupados com os efeitos negativos do tratamento com analgésicos. Por outro lado, o doente tem receio dos efeitos adversos da medicação, bem como da dependência se forem usados medicamentos opióides (Sadigova et al., 2020).

Face ao exposto é necessário que os profissionais de saúde tenham atenção, não só ao tratamento medicamentoso, mas a uma abordagem holística na promoção do conforto do doente renal crónico que realiza tratamento de hemodiálise (Sousa et al., 2019).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A metodologia adotada no presente estudo enquadra-se no paradigma quantitativo, uma vez que os estudos quantitativos admitem que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para poderem posteriormente ser classificadas e analisadas (Vilelas, 2020).

A investigação teve início com a questão de partida “Será que a dor percebida pelos doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise interfere com a funcionalidade na vida diária e está relacionada com características sociodemográficas?”

Assim sendo, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Avaliar a prevalência de dor da pessoa doente renal crónica em tratamento de hemodiálise e sua relação com as variáveis sociodemográficas.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a amostra ao nível das variáveis sociodemográficas;
- Avaliar a prevalência de dor dos indivíduos da amostra;
- Caracterizar a Severidade da dor sentida pelos indivíduos da amostra;
- Avaliar a interferência funcional da dor nos indivíduos da amostra;
- Verificar a relação que existe entre a dor e as variáveis de caracterização sociodemográfica dos indivíduos da amostra;
- Verificar a relação existente entre a severidade, alívio e interferência funcional da dor com as variáveis de caracterização sociodemográficas dos indivíduos da amostra.

1.1. Tipo de Estudo

Foi desenvolvido um estudo transversal analítico, por procurar conhecer as variáveis de determinada população ou fenómeno, ou estabelecer relações entre elas, no sentido de aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema, num determinado período de tempo (Vilelas, 2020), sendo a metodologia adequada para a prossecução dos objetivos desta investigação.

1.2. População e Amostra

A população do estudo foi composta por 218 doentes renais crónicos em tratamento de HD, repartidos por três clínicas de hemodiálise 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 aceitassem 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.

Para obtenção destes primeiros dados de seleção da amostra, recorreu-se à ajuda dos enfermeiros das unidades, a prestarem funções no momento da aplicação dos questionários, por terem um profundo conhecimento sobre os seus doentes.

Assim sendo, a amostra em estudo foi constituída por 140 PDRC em tratamento de HD e foram excluídos 78 inquiridos: 55 por não possuírem capacidade cognitiva (incapacidade de compreensão), 10 por demência, 3 por transtornos psiquiátricos, 7 por diminuição da acuidade auditiva e 3 invisuais.

Neste estudo vamos-nos referir à nossa amostra como “PDRC”.

1.3. Instrumento de Recolha de Dados

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) utilizado no estudo foi o questionário, constituído por duas partes (Apêndice II):

Parte I – Dados sociodemográficos: questões de resposta fechada e aberta que visam a caracterização do doente renal crónico relativamente ao género, idade, 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 hemodiálise e tipo de transporte utilizado na deslocação ao local de tratamento de hemodiálise;

Parte II – Composta pelo Inventário Resumido da Dor- Formulário Abreviado (BPI-SF) 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.

Este instrumento constitui um método prático de medição e avaliação da dor não comum (esta dor diferencia-se das dores comuns como as dores de cabeça, entorses e dores de dentes) na última semana e no momento da aplicação do questionário, numa perspetiva multidimensional, com muito boas propriedades psicométricas e que tem vindo a ser crescentemente utilizado na prática clínica e na investigação. (Azevedo et al., 2007). Neste trabalho de investigação, a “dor não comum” assume a designação de dor.

O BPI é constituído por 9 itens. O 1º item avalia a presença de dor, o 2º item a localização de dor, o 3º, 4º, 5º e 6º itens avaliam a severidade da dor, o 7º item as estratégias terapêuticas utilizadas, o 8º item a eficácia do tratamento da dor e o 9º item avalia a interferência funcional da dor e está dividido em 7 subitens (que nesta investigação assumem a designação de atividades de vida diárias da PDRC para a apresentação e análise dos dados).

1.3.1. Variáveis em Estudo e sua Operacionalização

Neste estudo, consideram-se diferentes tipos de variáveis nomeadamente variáveis de caracterização sociodemográfica e da dor.

As variáveis sociodemográficas, correspondentes à parte I do questionário, referem-se às variáveis independentes do estudo e estão operacionalizadas nas seguintes subvariáveis: género (masculino ou feminino); Idade (em anos); área de residência (rural, urbana); estado civil (solteiro, casado, divorciado/separado, união de facto, viúvo); convivência/partilha de moradia (sozinho, cônjuge, cônjuge e filhos, pais, outro); habilitações literárias (nenhuma, 1.º ciclo, 2.º ciclo, 3.º ciclo, secundário, ensino superior); situação profissional (trabalhador por conta própria, trabalhador por conta de outrem, desempregado, reformado, estudante); nível de rendimento mensal (sem rendimentos próprios, com rendimentos até 250€, com rendimentos entre 250€ e 500€, com rendimentos entre 500€ e 1000€, com rendimentos superiores a 1000€); crenças religiosas (sim, não); tempo de demora na deslocação ao local de tratamento de

hemodiálise (em horas) e tipo de transporte utilizado na deslocação ao local de tratamento de hemodiálise (táxi, ambulância, carro próprio, outros).

A dor manifestada pelo doente renal crónico em HD é a variável dependente do estudo, assumindo também a designação de variável dependente quantitativa ordinal. Esta variável é operacionalizada pelas questões do Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory, BPI) que incluem um item dicotómico para verificação da existência de dor (1º item- sim ou não); um item para a localização da dor (2º item- através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano); uma escala de severidade de dor constituída por quatro itens (itens 3º, 4º, 5º, e 6º- 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; um item para avaliação de interferência funcional constituída por sete subitens (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, disposição, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver (Azevedo et al., 2007).

1.4. Considerações Éticas

Para o desenvolvimento da 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).

O presente estudo, bem como o IRD, foi submetido à apreciação da comissão de ética do Instituto Politécnico de Bragança e foi também solicitada autorização da direção das clínicas para a realização da investigação.

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), Anexos II e I respetivamente, seguindo-se o pedido de autorização para aplicação dos questionários dirigido à direção das clínicas de hemodiálise do Nordeste Transmontano. após a autorização da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança (Anexo III).

Procedeu-se à recolha de dados após parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança e autorização dos responsáveis da direção clínica das três clínicas de hemodiálise do Nordeste Transmontano (Anexo IV).

Antes da aplicação do IRD foi solicitado a cada participante o preenchimento do consentimento livre e informado (Apêndice II). Este esclarece os objetivos do estudo, garante o anonimato e que a participação no estudo é voluntária e em qualquer momento poderá decidir não participar mais, sem qualquer repercussão ou prejuízo.

1.5. Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados

Após obtenção das autorizações necessárias e supracitadas, foram contactados os enfermeiros chefes de cada clínica de forma a informar a data para a recolha de dados. Esta foi efetuada por inquérito, pela investigadora, no período compreendido entre outubro e dezembro de 2022, nos 4 turnos existentes para o tratamento.

Os dados obtidos 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 das variáveis em estudo e para dar resposta aos objetivos, foi utilizada a estatística descritiva para caracterizar a amostra e a estatística inferencial para analisar a relação existente entre a dor e as variáveis sociodemográficas.

Para caracterização das variáveis sociodemográficas e da dor sentida pelos indivíduos da amostra recorreu-se à distribuição de frequências absolutas e relativas e às medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana, sendo apresentadas em forma de tabelas de frequências e de gráficos de barras, estes últimos para a visualização da severidade da dor na última semana, no momento atual e do alívio após medicação.

Na caracterização das dimensões da escala Brief Pain Invent foram utilizadas as medidas estatísticas: mínimo, máximo, média e desvio padrão. As distribuições das dimensões foram caracterizadas através dos diagramas de extremos e quartis.

Na análise inferencial recorreu-se aos testes não paramétricos U-Mann-Whitney 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 severidade da dor e da interferência funcional da dor com ordenação) e ao facto de estas não verificarem o pressuposto da normalidade (Politi, Ferreira & Patino 2021)

Assim sendo, para comparar a severidade e interferência funcional da dor por género e área de residência, utilizou-se o teste não paramétrico U-Mann-Whitney.

Por outro lado, para comparar a severidade e interferência funcional da dor relacionada com as variáveis faixa etária, estado civil, coabitação, situação profissional, grau de escolaridade, rendimento mensal, tempo de deslocação para a clínica e tipo de transporte utilizado na deslocação à clínica, utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

Foi também utilizado o teste de independência qui-quadrado para inferir sobre a possíveis associações entre a existência de dor e as outras variáveis sociodemográficas utilizadas para caracterizar o 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 verificou o pressuposto da frequência esperada recorreu-se ao teste exato de Fisher.

O valor de significância é de 0,05%, testando a possível relação das características do doente renal crónico com a existência, severidade e interferência da dor.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentamos de seguida os resultados do presente estudo, delineando como estratégia a sua apresentação por objetivos e de acordo com os itens que fazem parte do questionário, relativos à caracterização sociodemográfica da amostra e à dor avaliada pelo Brief Pain Inventory (BPI)

2.1. Caracterização Sociodemográfica das PDRC

A amostra foi constituída por 140 doentes em tratamento de hemodiálise.

Como se pode observar na seguinte tabela (Tabela 1), a maioria dos indivíduos da amostra é do sexo masculino, 62,9% (n=88); 42,1% (n=59) tem idade compreendida entre os 5 e 80 anos; 55,0% (n=77) vivem em meio rural; 65,7% (n=92) são casados; 65,0% (n=91) vivem com o cônjuge ou cônjuge e filhos; 72,9% (n=102) possuem o 1º ciclo; 85,7% (n=120) são não ativos profissionalmente (reformados) e 53,6% (n=75) auferem rendimento mensal entre 250€ e 500€. De referir que todos os inquiridos afirmaram ter crenças religiosas.

Constatou-se ainda que 34,3% (n=48) dos inquiridos demora até 30 minutos na deslocação de casa à clínica e 22,9% (n=32) demoram mais de uma hora. Atendendo a todos os resultados obteve-se um tempo médio de deslocação para a clínica de 33 minutos com desvio padrão de 18,84 minutos. A maioria dos inquiridos, 84,3% (n=118) utiliza a ambulância quando se desloca para a clínica.

Tabela 1-
Caraterísticas Sociodemográficas das PDRC

Variável sociodemográfica	Opções de resposta	n	%
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
	$\bar{X} = 70,7$ 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/ 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
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
		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
		140	100

Crenças Religiosas	Sim	140	100
	Não	0	0
		140	100

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

2.2. Características da Dor das PDRC

O instrumento utilizado (BPI) para avaliação da dor nas PDRC, permite conhecer a presença de dor localização, severidade, durante a última semana e no momento da aplicação do questionário, as estratégias terapêuticas utilizadas para o seu tratamento e eficácia do mesmo e ainda a interferência funcional.

Como se pode observar na tabela 2, a maioria dos inquiridos (65%) referiu ter sentido dor na última semana, destacando-se a dor na região dorsal, joelhos, pernas à frente e região abdominal.

Tabela 2-

Resultados do BPI: Prevalência e Localização da Dor das PDRC

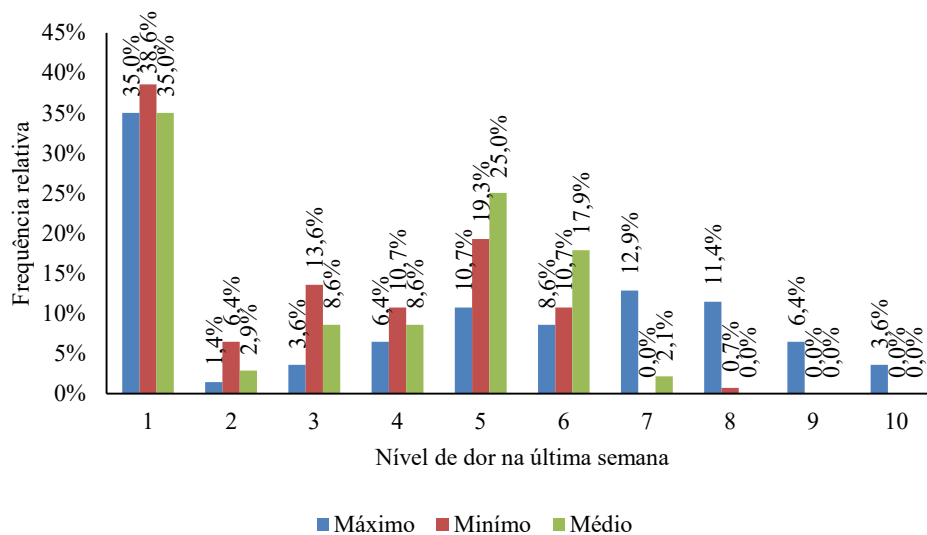
Variável dor	Opções de resposta	Frequência	
		n	%
Durante a última semana teve dor diferente das comuns	Sim	91	65,0
	Não	49	35,0
	Total	140	100
Local da dor	Região occipital	1	1,1
	Região dorsal	22	24,2
	Cervical	3	3,3
	Joelhos	16	17,6
	Pernas atrás	3	3,3
	Pernas à frente	12	13,2
	Região abdominal	12	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

No gráfico que se segue (Gráfico 1) apresentam-se os resultados sobre a *severidade da dor*. Relativamente à dor máxima sentida, verificou-se que 35,0% dos indivíduos da amostra não referiram ter tido qualquer dor, 42,9% (n=60) tiveram dor máxima, com intensidade entre 6 e 10. Quanto à intensidade mínima da dor 38,6% (n=54) afirmaram não ter tido dor, 40,7%

tiveram dor mínima entre as intensidades 4 e 6. No que concerne à dor em média sentida, 35% dos indivíduos da amostra afirmaram não ter sentido dor, 25% classificou a sua dor média com intensidade 5 e 17,9% com intensidade 6.

Gráfico 1-

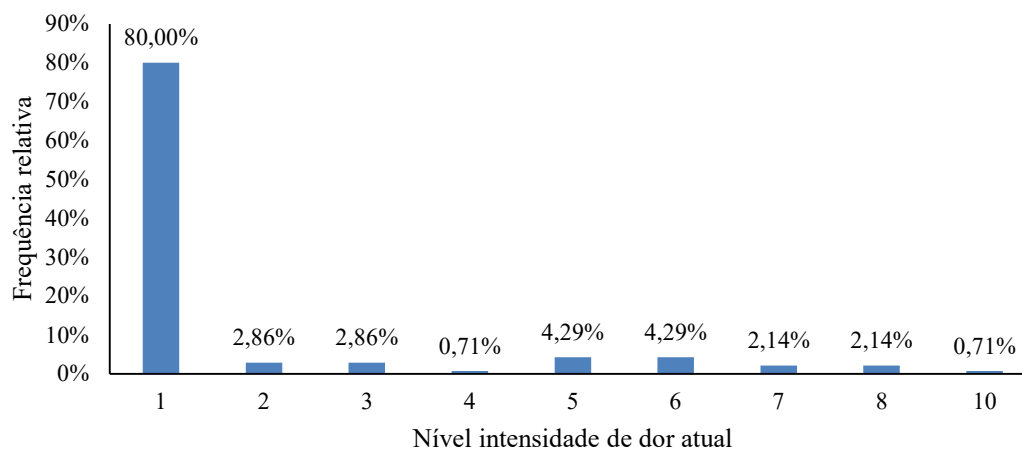
Resultados do BPI: Classificação da Dor Máxima, Mínima e em Média das PDRC



Quanto à dor sentida no momento em que é aplicado o questionário (preciso momento) a maioria dos inquiridos, 80,0% (n=112) referiram não ter dor, dados que podemos observar no gráfico 2.

Gráfico 2-

Resultados do BPI: Prevalência da Dor Sentida no Preciso Momento pelas PDRC



Relativamente às *estratégias terapêuticas para alívio da dor*, observa-se na tabela 3 que a maioria dos inquiridos (n=70) o faz. Destes, 64 referiram o tipo de medicação: 58 faz paracetamol, 5 fazem aplicação tópica de cremes ou gel e 1 faz aplicação de calor, por autocriação.

Tabela 3-

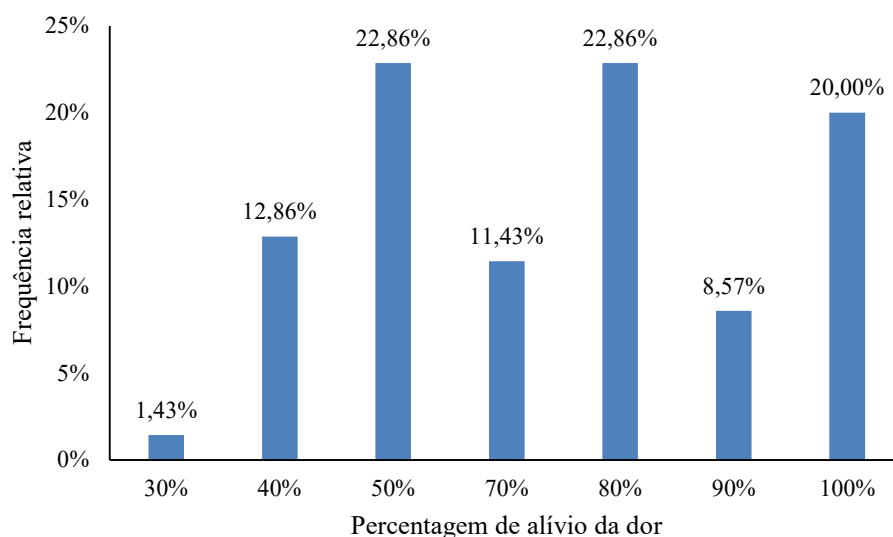
Resultados do BPI: Estratégias Terapêuticas Utilizadas pelas PDRC

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

Relativamente à *eficácia do tratamento/ alívio da dor*, estão ilustrados no gráfico 3 os níveis de alívio da dor após a toma da medicação. O efeito no alívio da dor é eficaz, pois a amostra refere sentir alguma melhoria e 20% da amostra, refere alívio de 100%.

Gráfico 3 –

Resultados do BPI: Eficácia do Tratamento no Alívio da Dor nas PDRC



A Tabela 4, refere-se aos resultados obtidos sob a *interferência funcional da dor* nas atividades de vida diária das PDRC. Demonstra que de modo geral a dor não interfere com as atividades de vida diárias da PDRC. Os valores médios de todas as dimensões são baixos (inferiores a 3, numa escala em que 0 não interferiu e 10- interferiu completamente) e o desvio

padrão é relativamente elevado, pois supera o valor médio em cada dimensão, o que revela alguma disparidade nos resultados. De forma a analisar essa dispersão apresentam-se os diagramas de extremos e quartis do gráfico 4.

Tabela 4-

Resultados do BPI: Interferência Funcional da Dor na Vida Diária das PDRC

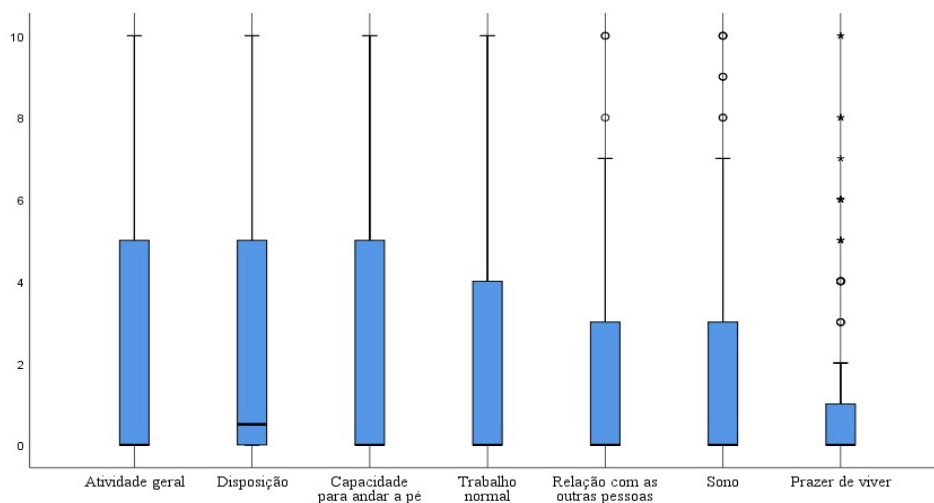
Dimensão	Mínimo	Máximo	\bar{X}	s
Atividade geral	0,00	10,00	2,71	3,068
Disposição	0,00	10,00	2,22	2,677
Capacidade para andar a pé	0,00	10,00	2,50	2,993
Trabalho normal	0,00	10,00	2,16	2,849
Relação com as outras pessoas	0,00	10,00	1,42	2,244
Sono	0,00	10,00	1,66	2,827
Prazer de viver	0,00	10,00	1,13	2,307

\bar{X} - média; s – desvio padrão

Pela análise dos diagramas de extremos e quartis concluiu-se que para as dimensões atividade geral, disposição, capacidade para andar a pé e trabalho normal, 75% dos inquiridos obteve resultado da interferência da dor até nível cinco. Nas dimensões relação com as outras pessoas e sono, 75% dos inquiridos registou nível de interferência da dor até três. No caso da dimensão do prazer de viver a maioria dos inquiridos não sente interferência da dor, mas a distribuição desta dimensão apresenta outliers que interferem nos resultados.

Gráfico 4 –

Diagrama de Extremos e Quartis das Dimensões do BPI para as PDRC



2.3 Características da Dor e sua Relação com as Variáveis Sociodemográficas das PDRC

Seguidamente são apresentados os resultados da estatística inferencial, nomeadamente das relações existentes entre as variáveis sociodemográficas e a dor sentida pelos indivíduos da amostra, sendo as primeiras as variáveis independentes e a dor a variável dependente.

Apresenta-se na tabela 5 a existência de dor e a relação com as variáveis: género, idade, estado civil, coabitação, proveniência, grau de escolaridade, situação profissional e rendimento mensal.

Verifica-se que, dos 91 inquiridos com dor, a maioria, 56,0% (n=51) são do género masculino, sendo que pelo teste do qui-quadrado ($X^2=5,169$; $p<0,05$) se conclui que a existência de dor está significativamente associada ao género.

Relativamente à idade observa-se que a maior incidência da dor ocorre nos mais velhos, 67,1% (n=61) com mais de 70 anos, contudo, este tipo de dor não está significativamente associado à idade neste estudo ($X^2=3,764$; $p=0,295$).

Analogamente se concluiu que a existência de dor não apresenta associação significativa com o estado civil do inquirido, ($X^2=3,052$; $p=0,403$).

De forma idêntica se concluiu que a existência de dor não está significativamente associada com a coabitação ($X^2=5,095$; $p=0,278$), proveniência ($X^2=1,104$; $p=0,293$), situação profissional ($X^2=0,033$; $p=0,856$) e rendimento mensal ($X^2=2,937$; $p=0,401$).

Por outro lado, observa-se a associação estatisticamente significativa entre a existência de dor e o grau de escolaridade ($X^2=16,642$; $p<0,01$), sendo que os inquiridos com mais habilitações tendem a não apresentarem dor.

Tabela 5-

Resultados do BPI: Existência de Dor e a Relação com as Variáveis Sociodemográficas das PDRC

Variáveis	Respostas	Dor				Total		X ² (p)
		Sim		Não		n	%	
		n	%	n	%			
Género	Masculino	51	56,0	37	75,5	88	62,9	5,169 (0,028)
	Feminino	40	44,0	12	24,5	52	37,1	
	Total	91	100	49	100	140	100	
Idade	Até 60 anos	14	15,4	10	20,4	24	17,1	3,764 (0,295)
	61 a 70 anos	16	17,6	14	28,6	30	21,4	
	71 a 80 anos	41	45,1	18	36,7	59	42,1	
	Mais de 80 anos	20	22,0	7	14,3	27	19,3	
	Total	91	100	49	100	140	100	
Estado Civil	Solteiro	6	6,6	6	12,2	12	8,6	3,052 (0,403)
	Casado/União de facto	58	63,7	34	69,4	92	65,7	
	Divorciado/Separado	11	12,1	3	6,1	14	10,0	
	Viúvo	16	17,6	6	12,2	22	15,7	
	Total	91	100	49	100	140	100	
Com quem vive	Sozinho	15	16,5	6	12,2	21	15,0	5,095 (0,278)
	Cônjuge	42	46,2	31	63,3	73	52,1	
	Cônjuge e filhos	15	16,5	3	6,1	18	12,9	
	Pais	3	3,3	2	4,1	5	3,6	
	Outros	16	17,6	7	14,3	23	16,4	
Total	91	100	49	100	140	100		
Proveniência	Rural	53	58,2	24	49,0	77	55,0	1,104 (0,293)
	Urbana	38	41,8	25	51,0	63	45,0	
	Total	91	100	49	100	140	100	
Grau de escolaridade	Nenhum	8	8,8	0	0,0	8	5,7	16,642 ^a (0,001)
	1º Ciclo	71	78,0	31	63,3	102	72,9	
	2º/3º Ciclo	8	8,8	6	12,2	14	10,0	
	Secundário	2	2,2	8	16,3	10	7,1	
	Superior	2	2,2	4	8,2	6	4,3	
Total	91	100	49	100	139	100		
Situação profissional	Ativo	12	13,2	7	14,3	19	13,6	0,033 (0,856)
	Não ativo	79	86,8	42	85,7	121	86,4	
	Total	91	100	49	100	81	100	
Rendimento mensal	Até 250€	11	12,1	4	8,2	15	10,7	2,937 (0,401)
	Entre 250 e 500€	51	56,0	24	49,0	75	53,6	
	Entre 500 e 1000€	18	19,8	10	20,4	28	20,0	
	Superior a 1000€	11	12,1	11	22,4	22	15,7	
	Total	91	100	49	100	81	100	

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

2.4. Características da Severidade, Alívio e Interferência Funcional da Dor e sua Relação com as Variáveis Sociodemográficas das PDRC

De seguida, apresentam-se em diferentes tabelas os resultados da estatística inferencial, nomeadamente as relações existentes entre as variáveis sociodemográficas e a severidade, alívio e interferência funcional da dor nas atividades de vida diária dos indivíduos da amostra. Quando se menciona no estudo interferência funcional estamos a referir ao 9º item do BPI, o qual está subdividido em: atividade geral, disposição, capacidade para andar a pé, trabalho normal, relação com as outras pessoas, sono e prazer de viver.

Relativamente à *severidade da dor relacionada com o género*, observa-se na tabela 6 que são as mulheres que apresentam resultados médios mais elevados, assim como na severidade da dor no momento de aplicação do questionário. Contudo, pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças na severidade da dor entre homens e mulheres não são estatisticamente significativas. No que trata ao alívio da dor são os homens que manifestam maior alívio, mas a diferença face às mulheres não apresenta significância estatística. Quanto à relação entre o *género e a interferência funcional da dor* nas atividades de vida da PCDR observa-se que as mulheres são mais queixosas, mas as diferenças não apresentam significância estatística.

Tabela 6-

Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Género das PDRC

Dor (n=91)	Género	\bar{X}	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Masculino	6,33	2,026	-0,501
	Feminino	6,60	1,932	(0,616)
Dor neste momento (1 a 10)	Masculino	2,04	2,135	-1,288
	Feminino	2,55	2,417	(0,198)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Masculino	74,86	22,189	-1,625
	Feminino	66,56	21,039	(0,104)
Atividade geral (0 a 10)	Masculino	3,86	3,020	-0,783
	Feminino	4,45	2,801	(0,434)
Disposição (0 a 10)	Masculino	3,10	2,802	-1,105
	Feminino	3,65	2,392	(0,269)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Masculino	3,73	3,200	-0,330
	Feminino	3,95	2,640	(0,697)
Trabalho normal (0 a 10)	Masculino	3,20	3,225	-0,626
	Feminino	3,45	2,591	(0,531)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Masculino	1,80	2,272	-1,688
	Feminino	2,68	2,645	(0,091)
Sono (0 a 10)	Masculino	2,25	3,052	-1,219
	Feminino	2,95	3,305	(0,223)
Prazer de viver (0 a 10)	Masculino	1,71	2,809	-0,213
	Feminino	1,78	2,527	(0,831)

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

No que concerne à *severidade da dor relacionada com a idade*, observa-se na tabela 7 que são os doentes com idade compreendida entre os 61 e 80 anos que apresentam resultados médios mais elevados, assim como na intensidade da dor no momento de aplicação do questionário. Contudo, pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis concluiu-se que as diferenças na severidade da dor não apresentam diferenças significativas entre doentes de faixas etárias diferentes. No que trata ao alívio da dor são os doentes renais mais novos e os que têm idade entre 71 e 80 anos que manifestam maior alívio, mas a diferença face aos restantes não apresenta significância estatística. Quanto à relação entre a *idade e a interferência funcional da dor* nas atividades de vida da PDRC observa-se que os resultados obtidos são relativamente próximos entre doentes de faixas etárias distintas, daí que em termos estatísticos as diferenças que se possam observar não apresentam significância estatística.

Tabela 7-

Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Idade das PDRC

Dor (n=91)	Idade	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Até 60 anos	6,36	2,499	
	61 a 70 anos	6,94	1,692	1,552
	71 a 80 anos	6,46	1,859	(0,670)
	Mais de 80 anos	6,10	2,100	
Dor neste momento (1 a 10)	Até 60 anos	1,43	1,604	
	61 a 70 anos	2,00	1,897	5,149
	71 a 80 anos	2,54	2,521	(0,161)
	Mais de 80 anos	2,50	2,351	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Até 60 anos	72,31	23,859	
	61 a 70 anos	70,00	23,570	0,871
	71 a 80 anos	72,76	21,695	(0,832)
	Mais de 80 anos	67,65	21,369	
Atividade geral (0 a 10)	Até 60 anos	3,43	3,322	
	61 a 70 anos	4,38	3,423	0,893
	71 a 80 anos	4,12	2,812	(0,827)
	Mais de 80 anos	4,40	2,563	
Disposição (0 a 10)	Até 60 anos	4,29	2,673	
	61 a 70 anos	3,75	2,720	3,646
	71 a 80 anos	3,27	2,811	(0,302)
	Mais de 80 anos	2,50	1,960	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Até 60 anos	3,29	3,173	
	61 a 70 anos	4,25	2,745	0,626
	71 a 80 anos	3,95	3,066	(0,891)
	Mais de 80 anos	3,60	2,873	
Trabalho normal (0 a 10)	Até 60 anos	2,57	3,251	
	61 a 70 anos	3,75	3,000	1,448
	71 a 80 anos	3,29	2,969	(0,694)
	Mais de 80 anos	3,50	2,782	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Até 60 anos	2,21	3,191	
	61 a 70 anos	2,50	2,338	0,670
	71 a 80 anos	2,10	2,364	(0,880)
	Mais de 80 anos	2,10	2,382	
Sono (0 a 10)	Até 60 anos	4,00	2,909	
	61 a 70 anos	1,63	2,527	5,944
	71 a 80 anos	2,32	3,312	(0,114)
	Mais de 80 anos	2,80	3,334	

	Até 60 anos	2,14	2,958	
Prazer de viver (0 a 10)	61 a 70 anos	1,69	2,272	1,070
	71 a 80 anos	1,46	2,501	(0,784)
	Mais de 80 anos	2,05	3,203	

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

Relativamente à *severidade da dor relacionada com o estado civil*, observa-se na tabela 8 que são os doentes casados e os divorciados que apresentam resultados médios mais elevados, já na severidade da dor no momento de aplicação do questionário eram os viúvos os que tinham maior severidade média. Contudo, pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis concluiu-se que as desigualdades na severidade da dor não apresentam diferenças significativas entre os diferentes estados civis. No que trata ao alívio da dor são os doentes renais solteiros e os divorciados que manifestam maior alívio, mas as diferenças face os restantes doentes não apresentam significância estatística. Quanto à *relação entre o estado civil e a interferência funcional da dor* nas atividades de vida da PCDR observa-se que os doentes casados e também os viúvos são mais queixosos, mas em termos estatísticos as diferenças não apresentam significância estatística.

Tabela 8-

Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Estado Civil das PDRC

Dor (n=91)	Idade	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Solteiro	5,83	1,722	
	Casado/ União	6,69	1,939	5,393
	Divorciado	6,82	1,940	(0,145)
	Viúvo	5,56	2,097	
Dor neste momento (1 a 10)	Solteiro	1,67	1,633	
	Casado/ União	2,29	2,248	1,297
	Divorciado	1,73	1,348	(0,730)
	Viúvo	2,75	2,978	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Solteiro	77,50	28,723	
	Casado/ União	69,02	21,072	1,417
	Divorciado	77,78	18,559	(0,702)
	Viúvo	70,67	25,204	
Atividade geral (0 a 10)	Solteiro	3,83	3,061	
	Casado/ União	4,33	2,940	2,301
	Divorciado	2,91	2,982	(0,512)
	Viúvo	4,31	2,845	
Disposição (0 a 10)	Solteiro	3,00	2,449	
	Casado/ União	3,52	2,873	0,752
	Divorciado	2,91	2,508	(0,861)
	Viúvo	3,13	1,893	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Solteiro	2,50	2,739	
	Casado/ União	3,84	2,955	4,008
	Divorciado	2,91	2,119	(0,261)
	Viúvo	4,88	3,344	
Trabalho normal (0 a 10)	Solteiro	1,67	2,658	5,935
	Casado/ União	3,16	3,065	(0,115)

	Divorciado	2,91	2,548	
	Viúvo	4,75	2,517	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Solteiro	2,50	2,345	
	Casado/ União	2,17	2,709	0,769
	Divorciado	1,82	1,834	(0,857)
	Viúvo	2,38	2,094	
Sono (0 a 10)	Solteiro	3,00	3,795	
	Casado/ União	2,52	3,208	1,296
	Divorciado	2,00	2,793	(0,730)
	Viúvo	2,94	3,255	
Prazer de viver (0 a 10)	Solteiro	0,83	2,041	
	Casado/ União	1,74	2,613	2,003
	Divorciado	1,55	3,012	(0,572)
	Viúvo	2,19	2,994	

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

Quanto à *severidade da dor relacionada com a área de residência*, observa-se na tabela 9 que são os doentes que residem no meio urbano que apresentam resultados médios mais elevados, assim como na severidade da dor no momento de aplicação do questionário. Contudo, pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças na severidade da dor não apresentam diferenças significativas entre as diferentes áreas de residência. No que trata o alívio da dor são os doentes renais do meio rural que manifestam maior alívio, mas as diferenças face os restantes doentes não apresentam significância estatística. Quanto à relação entre a *área de residência e a interferência funcional da dor* nas atividades de vida da PCDR observa-se que os doentes que residem no meio urbano são mais queixosos, com exceção da relação com os outros, sono e prazer de viver, mas em termos estatísticos as diferenças não apresentam significância estatística.

Tabela 9 –

Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Área de Residência das PDRC

Dor (n=91)	Área residência	\bar{X}	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Rural	6,34	2,019	-0,659
	Urbano	6,61	1,939	(0,510)
Dor neste momento (1 a 10)	Rural	2,09	2,115	-0,613
	Urbano	2,50	2,469	(0,540)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Rural	71,46	22,535	-0,218
	Urbano	70,36	21,341	(0,827)
Atividade geral (0 a 10)	Rural	3,68	2,901	-1,879
	Urbano	4,74	2,882	(0,060)
Disposição (0 a 10)	Rural	2,94	2,453	-1,849
	Urbano	3,89	2,798	(0,064)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Rural	3,79	2,891	-0,441
	Urbano	3,87	3,077	(0,659)
Trabalho normal (0 a 10)	Rural	3,15	2,898	-0,766
	Urbano	3,53	3,047	(0,444)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Rural	2,19	2,418	

	Urbano	2,18	2,566	-0,034 (0,973)
Sono (0 a 10)	Rural	2,70	3,184	-0,406
	Urbano	2,37	3,174	(0,685)
Prazer de viver (0 a 10)	Rural	1,96	2,738	-1,191
	Urbano	1,42	2,585	(0,234)

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

No que respeita à *severidade relacionada com a coabitação*, observa-se na tabela 10 que os resultados são idênticos entre os doentes com diferentes coabitações, assim como na severidade da dor no momento de aplicação do questionário. Pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis concluiu-se que as diferenças na severidade da dor não apresentam diferenças significativas entre doentes com diferentes coabitações. No que trata o alívio da dor são os doentes renais que vivem com os pais que manifestam maior alívio, mas as diferenças face aos restantes não apresentam significância estatística. Quanto à *relação entre a coabitação e a interferência funcional da dor* nas atividades de vida da PCDR observa-se que os resultados obtidos são relativamente próximos, nos doentes com coabitações distintas, daí que em termos estatísticos as diferenças que se possam observar não apresentam significância estatística, com exceção do *trabalho normal* que interfere de modo mais intensivo com os doentes renais que coabitam com o conjugue e filhos.

Tabela 10-

Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Coabitação das PDRC

Dor (n=91)	Com quem vive	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Sozinho	4,76	3,13	3,263 (0,515)
	Cônjuge	4,34	3,21	
	Cônjuge e filhos	5,67	2,87	
	Pais	4,00	3,32	
	Outros	4,22	2,59	
Dor neste momento (1 a 10)	Sozinho	2,10	2,47	3,290 (0,511)
	Cônjuge	1,73	1,80	
	Cônjuge e filhos	2,17	2,20	
	Pais	1,00	0,00	
	Outros	1,87	1,74	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Sozinho	71,54	27,03	2,844 (0,584)
	Cônjuge	68,21	20,91	
	Cônjuge e filhos	72,31	21,27	
	Pais	90,00	17,32	
	Outros	70,77	19,77	
Atividade geral (0 a 10)	Sozinho	2,90	3,39	4,495 (0,343)
	Cônjuge	2,48	3,03	
	Cônjuge e filhos	3,78	3,32	
	Pais	1,00	2,24	
	Outros	2,83	2,77	
Disposição (0 a 10)	Sozinho	2,24	2,55	4,373 (0,358)
	Cônjuge	1,97	2,78	
	Cônjuge e filhos	3,44	3,03	
	Pais	2,60	2,51	

	Outros	1,96	2,06	
	Sozinho	2,71	3,44	
	Cônjuge	2,34	2,99	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Cônjuge e filhos	2,83	3,07	2,615 (0,624)
	Pais	1,00	2,24	
	Outros	2,87	2,74	
	Sozinho	2,90	3,21	
	Cônjuge	1,73	2,82	
Trabalho normal (0 a 10)	Cônjuge e filhos	3,00	2,91	11,191 (0,024)
	Pais	0,00	0,00	
	Outros	2,65	2,50	
	Sozinho	1,67	2,24	
	Cônjuge	1,15	2,18	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Cônjuge e filhos	2,17	3,05	5,063 (0,281)
	Pais	0,40	0,89	
	Outros	1,70	1,79	
	Sozinho	2,05	3,17	
	Cônjuge	1,53	2,87	
Sono (0 a 10)	Cônjuge e filhos	1,44	2,28	1,695 (0,792)
	Pais	1,80	2,68	
	Outros	1,87	2,97	
	Sozinho	1,62	3,09	
	Cônjuge	0,96	2,24	
Prazer de viver (0 a 10)	Cônjuge e filhos	1,44	2,06	4,078 (0,396)
	Pais	0,00	0,00	
	Outros	1,22	2,11	

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

No que respeita à *severidade da dor relacionada com a situação profissional do doente*, observa-se na tabela 11 que os resultados são idênticos entre os doentes com diferentes situações profissionais, assim como na severidade da dor no momento de aplicação do questionário. Pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis concluiu-se que as diferenças na severidade da dor não apresentam diferenças significativas entre doentes ativos e não ativos profissionalmente. No que trata o alívio da dor são os doentes renais ativos que manifestam maior alívio, mas as diferenças face aos restantes não apresentam significância estatística. Quanto à *relação entre a situação profissional e a interferência funcional* nas atividades de vida da PCDR observa-se que os resultados obtidos são relativamente próximos, nos doentes ativos e não ativos profissionalmente, daí que em termos estatísticos as diferenças que se possam observar não apresentam significância estatística.

Tabela 11-

Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Situação Profissional das PDRC

Dor (n=91)	Situação profissional	\bar{X}	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Ativo	4,47	3,17	-0,069
	Não ativo	4,55	3,05	(0,945)
Dor neste momento (1 a 10)	Ativo	1,42	1,43	-1,093
	Não ativo	1,90	1,98	(0,917)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Ativo	72,50	20,94	-0,246
	Não ativo	70,69	22,07	(0,806)
Atividade geral (0 a 10)	Ativo	2,89	3,35	-0,168
	Não ativo	2,69	3,04	(0,867)
Disposição (0 a 10)	Ativo	3,11	3,48	-1,016
	Não ativo	2,08	2,52	(0,309)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Ativo	2,21	2,86	-0,557
	Não ativo	2,55	3,02	(0,577)
Trabalho normal (0 a 10)	Ativo	2,32	3,43	-0,158
	Não ativo	2,13	2,76	(0,577)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Ativo	1,89	3,23	-0,158
	Não ativo	1,35	2,06	(0,874)
Sono (0 a 10)	Ativo	2,53	3,29	-0,245
	Não ativo	1,53	2,74	(0,806)
Prazer de viver (0 a 10)	Ativo	1,79	3,28	-0,840
	Não ativo	1,02	2,12	(0,401)

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

No que respeita à *severidade da dor relacionada com o grau de escolaridade*, observa-se na tabela 12 que os resultados são significativamente distintos entre os doentes com diferentes níveis de escolaridade, assim sendo observa-se que a dor é significativamente mais intensa nos inquiridos com menor instrução. No que trata o alívio da dor são os doentes renais com ensino secundário que manifestam maior alívio, mas as diferenças face aos restantes não apresentam significância estatística. Quanto à *relação entre o grau de escolaridade e a interferência funcional da dor* nas atividades de vida da PCDR observa-se que os resultados obtidos são relativamente próximos, nos doentes com habilitações distintas, daí que em termos estatísticos as diferenças que se possam observar não apresentam significância estatística, com exceção da *capacidade para andar a pé* e do *prazer de viver* onde se observaram diferenças significativas, com a interferência mais elevada nos doentes com menor instrução.

Tabela 12-

Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Grau de Escolaridade das PDRC

Dor (n=91)	Grau de escolaridade	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Nenhum	6,13	1,25	9,844 (0,043)
	1º ciclo	4,75	3,03	
	2º/3º ciclo	4,43	3,23	
	Secundário	2,20	2,90	
	Superior	3,00	3,35	
Dor neste momento (1 a 10)	Nenhum	3,50	3,25	13,231 (0,010)
	1º ciclo	1,95	1,98	
	2º/3º ciclo	1,00	0,00	
	Secundário	1,00	0,00	
	Superior	1,00	0,00	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Nenhum	61,25	21,67	5,196 (0,268)
	1º ciclo	70,38	22,23	
	2º/3º ciclo	81,43	16,76	
	Secundário	90,00	14,14	
	Superior	70,00		
Atividade geral (0 a 10)	Nenhum	5,88	2,36	14,666 (0,005)
	1º ciclo	2,75	3,02	
	2º/3º ciclo	2,71	3,10	
	Secundário	0,80	2,53	
	Superior	1,00	2,45	
Disposição (0 a 10)	Nenhum	2,63	2,07	4,689 (0,321)
	1º ciclo	2,29	2,64	
	2º/3º ciclo	2,64	3,25	
	Secundário	1,30	2,83	
	Superior	1,00	2,45	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Nenhum	5,50	3,16	18,105 (0,001)
	1º ciclo	2,60	2,94	
	2º/3º ciclo	2,57	3,16	
	Secundário	0,00	0,00	
	Superior	0,83	2,04	
Trabalho normal (0 a 10)	Nenhum	3,75	2,66	8,578 (0,073)
	1º ciclo	2,23	2,80	
	2º/3º ciclo	2,21	3,45	
	Secundário	0,80	2,53	
	Superior	1,00	2,45	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Nenhum	2,75	2,49	7,435 (0,115)
	1º ciclo	1,34	2,11	
	2º/3º ciclo	1,71	2,27	
	Secundário	1,00	3,16	
	Superior	1,00	2,45	
Sono (0 a 10)	Nenhum	3,25	3,01	7,190 (0,126)
	1º ciclo	1,66	2,91	
	2º/3º ciclo	1,64	2,27	
	Secundário	0,70	2,21	
	Superior	1,33	3,27	
Prazer de viver (0 a 10)	Nenhum	2,13	2,23	9,906 (0,042)
	1º ciclo	1,21	2,43	
	2º/3º ciclo	1,29	2,46	
	Secundário	0,00	0,00	
	Superior	0,00	0,00	

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

No que respeita à *severidade da dor relacionada com o rendimento mensal*, observa-se na tabela 13 que os resultados são idênticos entre os doentes com diferentes rendimentos, assim como na *severidade da dor no momento de aplicação do questionário*. Pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis concluiu-se que as diferenças na *severidade da dor* não apresentam diferenças significativas entre doentes com diferentes rendimentos. No que trata o *alívio da dor* são os doentes renais com maiores rendimentos mensais que manifestam maior alívio, mas as diferenças face aos restantes não apresentam significância estatística. Quanto à *relação entre os rendimentos mensais e a interferência funcional da dor* nas atividades de vida da PCDR, observa-se que os resultados obtidos são relativamente próximos, nos doentes com rendimentos distintos, daí que em termos estatísticos as diferenças que se possam observar não apresentam significância estatística, com exceção das *relações com outras pessoas* que interfere de modo mais intensivo com os doentes renais com menores rendimentos.

Tabela 13-

Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Rendimento Mensal das PDRC

Dor (n=91)	Rendimento mensal	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Até 250€	5,53	3,07	5,004 (0,172)
	De 250 a 500€	4,73	3,09	
	De 500 a 1000€	4,43	2,97	
	Mais de 1000€	3,36	2,87	
Dor neste momento (1 a 10)	Até 250€	2,73	2,74	5,615 (0,132)
	De 250 a 500€	1,91	1,99	
	De 500 a 1000€	1,61	1,50	
	Mais de 1000€	1,27	1,28	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Até 250€	66,25	20,66	6,412 (0,093)
	De 250 a 500€	71,90	21,67	
	De 500 a 1000€	62,86	21,99	
	Mais de 1000€	90,00	12,65	
Atividade geral (0 a 10)	Até 250€	4,27	3,81	6,013 (0,111)
	De 250 a 500€	2,76	2,96	
	De 500 a 1000€	2,61	3,03	
	Mais de 1000€	1,64	2,65	
Disposição (0 a 10)	Até 250€	3,13	3,34	2,060 (0,560)
	De 250 a 500€	2,23	2,61	
	De 500 a 1000€	2,00	2,34	
	Mais de 1000€	1,86	2,85	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Até 250€	2,93	3,43	6,631 (0,085)
	De 250 a 500€	2,92	3,12	
	De 500 a 1000€	2,14	2,49	
	Mais de 1000€	1,23	2,56	
Trabalho normal (0 a 10)	Até 250€	2,40	3,11	4,874 (0,181)
	De 250 a 500€	2,49	3,03	
	De 500 a 1000€	1,93	2,36	
	Mais de 1000€	1,14	2,49	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Até 250€	2,93	3,45	7,923 (0,048)
	De 250 a 500€	1,51	2,16	
	De 500 a 1000€	1,00	1,78	
	Mais de 1000€	0,64	1,53	

Sono (0 a 10)	Até 250€	3,07	3,63	
	De 250 a 500€	1,84	2,99	7,490
	De 500 a 1000€	1,25	2,30	(0,058)
	Mais de 1000€	0,64	1,71	
Prazer de viver (0 a 10)	Até 250€	1,73	2,94	
	De 250 a 500€	1,37	2,56	6,405
	De 500 a 1000€	0,82	1,61	(0,093)
	Mais de 1000€	0,27	1,28	

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

No que respeita à *severidade da dor relacionada com o tempo de deslocação para a clínica*, observa-se na tabela 14 que os resultados são idênticos entre os doentes com diferentes tempos de deslocação para a clínica, assim como na severidade da dor no momento de aplicação do questionário. Pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis concluiu-se que as diferenças na severidade da dor não apresentam diferenças significativas entre doentes com diferentes tempos de deslocação para a clínica. No que trata o alívio da dor são os doentes renais que demoram menos tempo a chegar à clínica que manifestam maior alívio, mas as diferenças face aos restantes não apresentam significância estatística. Quanto à *relação entre o tempo de deslocação para a clínica e a interferência funcional da dor* nas atividades de vida da PCDR observa-se que os resultados obtidos são relativamente próximos, nos doentes com tempos de chegada à clínica distintos, daí que em termos estatísticos as diferenças que se possam observar não apresentam significância estatística.

Tabela 14-

Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Tempo de Deslocação à Clínica das PDRC

Dor (n=91)	Tempo de deslocação para a clínica	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Até 20 minutos	6,73	2,07	
	De 20 a 60 minutos	6,43	2,11	1,188
	Mais de 60 minutos	6,14	1,59	(0,552)
Dor neste momento (1 a 10)	Até 20 minutos	2,42	2,48	
	De 20 a 60 minutos	2,30	2,34	0,136
	Mais de 60 minutos	2,00	1,87	(0,934)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Até 20 minutos	77,73	20,22	
	De 20 a 60 minutos	69,06	21,76	2,923
	Mais de 60 minutos	65,33	23,56	(0,232)
Atividade geral (0 a 10)	Até 20 minutos	3,31	2,95	
	De 20 a 60 minutos	4,66	3,06	4,024
	Mais de 60 minutos	4,00	2,43	(0,134)
Disposição (0 a 10)	Até 20 minutos	4,12	2,92	
	De 20 a 60 minutos	2,77	2,75	4,736
	Mais de 60 minutos	3,91	2,58	(0,094)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Até 20 minutos	2,86	2,46	
	De 20 a 60 minutos	3,77	3,27	3,101
	Mais de 60 minutos	4,23	2,84	(0,212)
Trabalho normal (0 a 10)	Até 20 minutos	3,05	2,75	
	De 20 a 60 minutos	3,31	3,17	4,041

	Mais de 60 minutos	3,80	3,08	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Até 20 minutos	2,29	2,15	0,405 (0,817)
	De 20 a 60 minutos	2,23	2,60	
	Mais de 60 minutos	2,09	2,56	
Sono (0 a 10)	Até 20 minutos	2,33	2,20	0,692 (0,707)
	De 20 a 60 minutos	2,31	3,16	
	Mais de 60 minutos	2,75	3,33	
Prazer de viver (0 a 10)	Até 20 minutos	2,48	2,94	3,296 (0,192)
	De 20 a 60 minutos	1,46	2,55	
	Mais de 60 minutos	2,25	2,92	

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

No que respeita à *severidade da dor relacionada com o tipo de transporte para a clínica*, observa-se na tabela 15 que os resultados são idênticos entre os doentes com diferentes transportes, assim como na severidade da dor no momento de aplicação do questionário. Pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis concluiu-se que as diferenças na severidade da dor não apresentam diferenças significativas entre doentes que utilizam diferentes transportes. No que trata o alívio da dor são os doentes renais que se deslocam para a clínica em viatura própria que manifestam maior alívio, mas as diferenças face aos restantes não apresentam significância estatística. Quanto à *relação entre o tipo de transporte utilizado na deslocação para a clínica e a interferência funcional da dor* nas atividades de vida da PCDR, observa-se que os resultados obtidos são relativamente próximos, nos doentes com transportes distintos, daí que em termos estatísticos as diferenças que se possam observar não apresentam significância estatística.

Tabela 15-

Resultados do BPI: Severidade, Alívio da Dor e Interferência Funcional por Tipo de Transporte das PDRC

Dor (n=91)	Tipo de transporte	\bar{X}	S	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Próprio	5,67	3,78	0,738 (0,390)
	Ambulância	4,53	3,07	
	Táxi	4,19	2,81	
Dor neste momento (1 a 10)	Próprio	1,00	0,00	1,554 (0,213)
	Ambulância	1,92	2,02	
	Táxi	1,56	1,36	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Próprio	80,00	21,60	0,604 (0,437)
	Ambulância	72,00	21,77	
	Táxi	55,00	16,43	
Atividade geral (0 a 10)	Próprio	2,50	3,21	0,034 (0,855)
	Ambulância	2,68	3,10	
	Táxi	3,06	2,95	
Disposição (0 a 10)	Próprio	2,50	3,33	0,040 (0,841)
	Ambulância	2,13	2,63	
	Táxi	2,81	2,86	

Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Próprio	1,00	1,67	1,474 (0,225)
	Ambulância	2,58	3,00	
	Táxi	2,44	3,29	
Trabalho normal (0 a 10)	Próprio	1,83	3,25	0,260 (0,610)
	Ambulância	2,29	2,88	
	Táxi	1,31	2,44	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Próprio	3,00	4,00	0,977 (0,323)
	Ambulância	1,42	2,19	
	Táxi	0,81	1,60	
Sono (0 a 10)	Próprio	2,17	3,37	0,046 (0,830)
	Ambulância	1,78	2,92	
	Táxi	0,63	1,63	
Prazer de viver (0 a 10)	Próprio	0,17	0,41	0,641 (0,424)
	Ambulância	1,25	2,43	
	Táxi	0,56	1,55	

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

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo analisou a influência das variáveis sociodemográficas sobre a severidade, alívio e interferência funcional da dor nos doentes em tratamento de hemodiálise.

No que se refere à caracterização da amostra, foi verificada a predominância de indivíduos do sexo masculino (62,9%), com idade compreendida entre os 51 e 80 anos.

Como se verifica em estudos sobre esta temática, também apontam para a predominância do sexo masculino, contudo no que concerne à idade verifica-se a participação de indivíduos mais novos do que os verificados neste estudo (Marques et al. 2016; Vides et al. 2017). Estes resultados podem estar relacionados com o progressivo envelhecimento da população portuguesa e diminuição da população jovem, pois em 2021 foram contabilizados 182 idosos por cada 100 jovens (INE, 2021).

A maioria dos indivíduos da amostra vive em meio rural (55,0%), é casada (65,7%) e vive com o cônjuge ou cônjuge e filhos (51,2%). Este resultado é semelhante aos resultados obtidos noutros estudos (Samoudi et al. 2021; Sousa, 2019).

Em relação à escolaridade, verificou-se que a maioria da amostra possui o 1º ciclo de escolaridade (72,9%), é não ativa profissionalmente (reformados) e auferem um rendimento mensal que varia entre 250€ e 500€ (85,7%). Também noutro estudo, verifica-se que 80,3% dos indivíduos possuem baixa escolaridade e 90,7 % eram reformados (Pretto, 2020). No que concerne ao rendimento mensal, considera-se que existe risco de pobreza pelo facto de o rendimento ser inferior a 554 euros mensais, conforme o descrito no *“Inquérito às Condições de Vida e Rendimento”*, realizado em 2021 (INE, 2021).

De referir que todos os inquiridos afirmaram ter crenças religiosas, assim como o verificado no estudo de Marques et al. (2016), o que poderá ajudar a suportar sofrimentos provocados pela condição crónica da doença, incluindo a dor física.

Perante os resultados obtidos através do BPI, verificou-se que 65% dos inquiridos referiu ter sentido dor, sobretudo na região dorsal, joelhos, pernas e região abdominal. Estes dados são consistentes com os de outros estudos, que reportaram maior prevalência da dor nos membros inferiores e região dorsal (Santos et al. 2021; Sousa et al. 2019).

Ao avaliar a dor máxima, mínima e em média sentida na última semana, a maioria dos indivíduos da amostra (42,9%) referiram ter dor máxima com intensidade entre 6 e 10, 40,7% dor mínima com intensidade entre 4 e 6 e dor em média com intensidade entre 5 e 6. Resultados estes retratam que mesmo com o avanço das tecnologias em diálise bem como, o desenvolvimento de novas técnicas e conhecimentos, a dor permanece comum e frequente nas

PDRC, desta forma, é essencial a implementação de novos procedimentos para o seu tratamento (Marques,2016). Quanto ao preciso momento em que é aplicado o questionário, a maioria dos indivíduos (80%) referiu não ter dor. Resultados semelhantes foram observados no estudo *“Pain in Hemodialysis Patients: Prevalence, Intensity, Location, and Functional Interference in Daily Activities”* (Santos et al. 2021).

O facto de não terem relatado dor no momento da aplicação do questionário pode sugerir subnotificação da dor, a qual tem sido um problema comum em estudos que avaliam a dor em pacientes renais crónicos em tratamento de hemodiálise. A subnotificação ocorre quando a dor não é relatada pelos pacientes, mesmo que esteja presente, seja por medo de ser estigmatizado ou por acreditar que a dor é uma consequência inevitável do tratamento. Além disso, os pacientes podem ter dificuldades em expressar a intensidade e a localização da dor, especialmente se eles estão em um estado de debilidade física ou emocional (Cohen et al, 2018; Davison et al, 2021; Fishbane et al, 2021; Lopes et al, 2020; National Kidney Foundation, 2020).

No presente estudo verificou-se que a maioria dos indivíduos da amostra recorrem ao tratamento/medicação para alívio da dor: 58 indivíduos recorrem a analgésicos, 5 fazem aplicação tópica de cremes ou gel e 1 faz aplicação de calor, por autocriação. Os resultados apurados estão em consonância com os resultados obtidos noutra estudo, o qual refere que 58,2% dos indivíduos usa fármacos para o alívio da dor (Sousa et al. 2019). Contudo, estes resultados afastam-se do estudo de Sadigova et al. (2020), que refere que apenas 36,4% dos indivíduos com dor usavam analgésicos.

De modo geral, verificámos que a dor não interfere com as atividades de vida dos indivíduos da amostra, tendo em consideração os valores médios de todas as dimensões, (atividade geral, disposição, capacidade para andar a pé, trabalho normal, relação com outras pessoas, sono e prazer de viver) são baixos, inferiores a 3. Observamos ainda que 75% referem nível cinco de interferência, apresentando dificuldade média na capacidade em realizar as suas atividades de vida diárias, nomeadamente na atividade geral, disposição, capacidade para andar a pé e trabalho normal. Nas dimensões relação com as outras pessoas e sono 75% dos indivíduos registou nível de interferência menor da dor, até ao nível três. No caso da dimensão do prazer de viver a maioria dos indivíduos não sente interferência da dor. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Sousa et al. (2019), que observou que a interferência da dor é mais significativa na atividade geral, disposição e trabalho normal, mas menos significativa na relação com outras pessoas. Porém, estes resultados não se assemelham aos resultados de

Santos et al. (2021), o qual observou que a prevalência de interferência da dor nas atividades de vida diária foi elevada.

Na relação que existe entre a dor e as variáveis sociodemográficas verifica-se que 56,0% são do gênero masculino e pelo teste do qui-quadrado ($p < 0,05$) conclui-se que a existência de dor está significativamente associada ao gênero. Todavia, o estudo de Marques (2016) demonstra que são os homens que afirmaram não sentir nenhuma dor (42%) comparado com as mulheres (23,9%) relativamente à avaliação global da experiência da dor.

Neste estudo observou-se que a maior incidência da dor ocorre em indivíduos com mais de 70 anos (67,1%), mas neste estudo a dor não está associada à idade ($p = 0,296$). Resultados que convergem do estudo de Sousa (2019) o qual refere que a dor está associada a fatores como a idade.

Apurou-se ainda que a existência de dor não apresenta associação significativa nem com o estado civil ($p = 0,403$), coabitação ($p = 0,278$), proveniência ($p = 0,293$), situação profissional ($p = 0,856$) e nem com o rendimento mensal do inquirido ($p = 0,856$). Contudo, no estudo de Sousa (2019) a dor está associada ao fator estado civil.

Por outro lado, observa-se a associação estatisticamente significativa entre a existência de dor e o grau de escolaridade ($p < 0,05$), sendo que os indivíduos com mais habilitações tendem a não referir tanta dor. O grau de escolaridade é também apresentado no estudo de Tinôco (2017) como um fator que interfere na compreensão da informação transmitida e na adesão ao tratamento.

No que respeita à relação existente entre a severidade da dor com as características sociodemográficas dos indivíduos, observa-se que são as mulheres (6,60%), os doentes entre os 61 e os 80 anos (6,7%), os indivíduos que residem no meio urbano (6,61%), os indivíduos casados e os divorciados (6,75%), apresentam resultados médios mais elevados de dor. Contudo pela aplicação dos testes não paramétricos Kruskal-Wallis e U-Mann-Whitney, concluiu-se que as diferenças na severidade da dor não são estatisticamente significativas, exceto, mais uma vez na variável escolaridade, que apresenta significância estatística ($p < 0,05$). Verificou-se maior severidade de dor nos indivíduos menos instruídos (6,13%), assim como na intensidade da dor no momento de aplicação do BPI.

Existem vários estudos sobre a dor em pacientes em hemodiálise e que fatores como idade, sexo, duração da hemodiálise, comorbidades e uso de medicamentos podem estar relacionados à gravidade da dor, mas não encontramos estudos que sugiram uma relação entre a educação e a gravidade da dor nestes pacientes. É importante lembrar que cada caso é único e deve ser avaliado individualmente por um profissional de saúde. No entanto, estudos em outro

tipo de amostras mostraram que as pessoas de baixa rendimento, com baixa escolaridade e sem seguro de saúde têm maior probabilidade de relatar dor crónica e intensa (O'Brien et al., 2018).

Alguns resultados convergem com os resultados de Sadigova et al. (2020) e de Marques et al. (2016), os quais referem que a dor é mais frequente no sexo feminino e à medida que a idade do indivíduo aumenta. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de as mulheres expressarem mais as suas queixas e por serem mais sensíveis à dor. Por sua vez, os idosos são mais suscetíveis à dor devido às alterações degenerativas do aparelho locomotor e depressão (Sadigova et al. 2020).

No que respeita à coabitação, situação profissional, rendimentos, tempo de deslocação à clínica e tipo de transporte os resultados são idênticos, contudo pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis, concluiu-se que as diferenças na severidade da dor não apresentam diferenças significativas ($p>0,05$). Um estudo de Rodrigues et al. (2018) identificou que a coabitação com outras pessoas pode ser um fator de risco para a dor crónica em pacientes em tratamento de hemodiálise. Apesar de não falarem concretamente na dor, outros estudos sugerem que fatores socioeconómicos, como a situação profissional e os rendimentos, podem afetar a qualidade de vida em pacientes com doença renal crónica (Mendes et al., 2017; Zou et al., 2019).

Relativamente ao alívio da dor, os homens (74,86%), os indivíduos mais novos e os que tem idade entre 71 e 80 anos (72,31% e 72,76%), os indivíduos do meio rural (71,46%), os indivíduos solteiros e os divorciados (77,50% e 77,78%), os que vivem com os pais (90,0%), os doentes renais ativos (72,50%), com ensino secundário (90,0%), com maior rendimento mensal (90,0%), os que demoram menos tempo a chegar à clínica (77,73%) e os que se deslocam para a clínica em viatura própria (80,0%), são os que manifestam maior alívio da dor após tratamento, mas a diferença face aos restantes indivíduos não é estatisticamente significativa ($p>0,05$). Estes resultados podem ser comparados com outros estudos que investigaram os fatores associados ao alívio da dor em pacientes com diferentes condições de saúde. Por exemplo:

Em um estudo realizado por Tsimicalis et al. (2014), foi identificado que pacientes mais jovens relataram maior alívio da dor do que pacientes mais velhos, independentemente da condição de saúde. Entretanto, outros fatores, como género, estado civil e nível educacional, não apresentaram relação significativa com o alívio da dor.

Em um estudo conduzido por O'Brien et al. (2018), foi observado que pacientes com maior rendimento e nível educacional relataram menor intensidade da dor do que aqueles com

menor rendimento e educação. Além disso, indivíduos que moravam em áreas urbanas apresentaram menor intensidade da dor do que aqueles em áreas rurais.

Em um estudo realizado por Ho et al. (2019), foi identificado que pacientes que utilizavam transporte próprio para chegar aos serviços de saúde relataram menor intensidade da dor do que aqueles que dependiam de transporte público ou de terceiros. Entretanto, o estudo não encontrou relação significativa entre alívio da dor e gênero, idade ou estado civil dos pacientes.

Quanto à interferência funcional da dor nas atividades de vida da PDRC observa-se que, as mulheres, os indivíduos casados e também os viúvos, são os mais queixosos, mas, em termos estatísticos, as diferenças não são significativas ($p > 0,05$). De maneira geral, estes resultados podem ser comparados com outros estudos que investigaram a interferência da dor nas atividades de vida de pacientes em tratamento de hemodiálise. Por exemplo, um estudo de Kimmel et al. (2002) encontrou que pacientes mais jovens e do sexo feminino apresentaram maior interferência da dor nas atividades diárias. Já um estudo de Alves et al. (2018) identificou que a dor afetou significativamente as atividades sociais e de lazer de pacientes em hemodiálise. É importante notar que as diferenças nos resultados podem estar relacionadas a diferenças metodológicas entre os estudos, como amostra, instrumentos de avaliação e critérios de inclusão.

Relativamente à interferência funcional da dor, observa-se pela aplicação do teste Kruskal-Wallis que existe associação significativa entre a coabitação e o trabalho normal ($p < 0,05$), entre a escolaridade e a atividade geral ($p < 0,05$), entre a escolaridade e a capacidade de andar a pé ($p < 0,05$), entre a escolaridade e o prazer de viver ($p < 0,05$) e entre o rendimento mensal e a relação com as outras pessoas ($p \leq 0,05$).

Estes resultados que mostram associação entre a dor e a interferência funcional em várias áreas, são consistentes com os achados de outros estudos que mostram que a dor pode ter um impacto significativo nas atividades diárias e na qualidade de vida dos pacientes. Por exemplo, no estudo de Alves (2018) identificou-se que a dor em pacientes com doença renal crônica estava associada a maior incapacidade funcional.

Também no estudo de Pretto (2020) é referido que os indivíduos com menores recursos financeiros limitam os gastos em lazer, o que pode interferir no padrão de sono e na interação social e que os doentes com menor escolaridade apresentam maior preocupação, ansiedade, insônia e diminuição da energia para outras atividades.

Em suma podemos dizer que a dor é um sintoma comum em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise e que a sua prevalência pode variar de acordo com várias

variáveis sociodemográficas. A dor pode ter um impacto significativo na qualidade de vida desses pacientes, afetando não apenas a sua saúde física, mas também a saúde mental e emocional. A compreensão dos fatores que influenciam a prevalência da dor em pacientes renais crônicos pode ajudar na identificação precoce e no manejo eficaz da dor nessa população, melhorando a qualidade de vida desses pacientes e ajudando a otimizar a terapia de hemodiálise.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu avaliar a prevalência e as características da dor, através do Brief Pain Inventory, nos doentes em tratamento de hemodiálise e, ainda, averiguar a sua relação com variáveis de caracterização sociodemográfica.

Com base nos resultados apresentados, podemos concluir que a dor é uma queixa comum em pacientes em tratamento de hemodiálise, com uma prevalência significativa em 65% dos pacientes. No entanto, é interessante notar que a maioria dos pacientes relatou não ter dor no momento da aplicação do BPI, o que pode sugerir uma subnotificação da dor.

Portanto, é importante que os profissionais de saúde envolvidos no cuidado desses pacientes estejam atentos à possibilidade de subnotificação da dor, realizando uma avaliação cuidadosa e sensível da dor, com a utilização de escalas de avaliação da dor, e incentivando os pacientes a relatar qualquer desconforto ou dor que possam estar a sentir. Essa abordagem pode levar a uma melhor gestão da dor, melhoria na qualidade de vida dos pacientes e otimização do tratamento da hemodiálise.

Outra conclusão importante é que a dor não parece ter um impacto significativo nas atividades diárias dos pacientes, como disposição, relação com outras pessoas, sono e prazer de viver. Isso sugere que, embora a dor seja comum, ela não é incapacitante para a maioria dos pacientes em tratamento de hemodiálise.

Em relação às variáveis sociodemográficas, o estudo sugere que o género e a escolaridade estão associados à existência e à severidade da dor. As mulheres e os pacientes com menor grau de escolaridade relataram mais dor, o que pode indicar que a dor é mais prevalente em populações vulneráveis. Além disso, a escolaridade foi a única variável significativa para a severidade da dor, o que sugere que pacientes com menor grau de escolaridade podem estar em maior risco de ter dor mais intensa.

No entanto, é importante notar que não houve associação significativa entre a dor e outras variáveis sociodemográficas, como rendimento, tempo de deslocamento e tipo de transporte. Isso sugere que, embora esses fatores possam afetar a experiência do paciente em relação ao tratamento de hemodiálise, eles não parecem ter um impacto direto na dor.

Em relação ao alívio da dor após tratamento, o estudo não encontrou associação significativa com nenhuma variável sociodemográfica, o que pode sugerir que o tratamento da dor em pacientes em tratamento de hemodiálise é uma questão complexa que não pode ser abordada apenas por meio de fatores sociodemográficos.

Finalmente, a interferência funcional da dor parece estar associada à coabitação, trabalho normal, escolaridade e rendimento mensal. Isso sugere que pacientes com menos recursos podem estar mais vulneráveis aos efeitos funcionais da dor, o que pode ter um impacto negativo em sua qualidade de vida.

Os resultados obtidos podem então contribuir para o planejamento de cuidados que vão de encontro às necessidades dos PDRC e melhorem a assistência prestada. Sendo o foco a dor nas PDRC, cabe ao enfermeiro monitorizá-la, antes, durante e após as sessões de HD, bem como intervir adequadamente, identificando precocemente a vulnerabilidade do DRC. Sugerimos a implementação de escalas validadas da dor que permitam a identificação adequada do tipo e intensidade da dor e conseqüentemente delinear estratégias farmacológicas ou não, para o seu alívio. Os resultados encontrados também podem ser úteis para informar sobre estratégias de gestão da dor, promovendo a sua prevenção e alívio.

Em suma, embora este estudo apresente algumas limitações, tais como a compreensão da escala pelos indivíduos da amostra, bem como, a falta de controle de alguns fatores que podem afetar a dor, ele fornece insights importantes sobre a prevalência e os fatores associados à dor em pacientes em tratamento de hemodiálise. Os resultados destacam a necessidade de uma abordagem integrada para o tratamento da dor, que leve em consideração não apenas a demografia do paciente, mas também os seus fatores psicológicos e socioeconômicos.

Em conclusão, o tratamento da dor em pacientes hemodialisados deve ser abordado de forma multidisciplinar, envolvendo o paciente, o nefrologista, o médico especialista em dor, os enfermeiros, nomeadamente os especialistas e outros profissionais de saúde, conforme necessário. O tratamento deve ser individualizado e baseado na causa subjacente da dor, na gravidade da dor e nas necessidades e preferências do paciente. Com o tratamento adequado, a dor pode ser aliviada e a qualidade de vida do paciente pode ser melhorada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIA

- Afonso, M. (2021). *Controlo Farmacológico da Dor* [Dissertação de Mestrado]. *Faculdade Ciências da Saúde Universidade Fernando Pessoa*.
- Alves, J. S., Souza, G. C., Souza, É. N., Souza, N. M. F., Rodrigues, M. C. F., & Moura Júnior, J. A. (2018). Pain interference in the activities of dialysis patients. *Journal of Pain Management*, 11(2), 117-122.
- 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://dx.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%c3%a7a-Renal-Cr%c3%b3nica.pdf>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais Crónicos. (2022, setembro 4). *Associação Portuguesa de Insuficientes Renais Crónicos*. <https://www.apir.org.pt>
- 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, Camila 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). DOI: 10.5540/03.2021.008.01.0372
- Cleeland, C. (2009). The Brief Pain Inventory user guide. Disponível em <http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment->
- Cohen, L. M., Ruthazer, R., Moss, A. H., Germain, M. J., & Gaudio, K. (2018). Predictors of symptoms in patients receiving chronic hemodialysis. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 35(5), 734-740. <https://doi.org/10.1177/1049909117723443>
- Davison, S. N., Koncicki, H., Brennan, F., Murtagh, F. E., & Kennedy, S. (2021). Pain in patients with chronic kidney disease: a position paper of the ERA-EDTA working group on pain and CKD. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 36(1), 29-42. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa276>

- Deus, B., Hoerb, A., Zanon, R., Moraes, P., & Agra, H. (2015). Sintomas e complicações agudas relacionadas com a hemodiálise. Acute symptoms and complications of hemodialysis. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 5(1), 52-56. <https://doi.org/10.17058/reci.v5i1.4951>
- DGS (2022, julho 14). *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt>
- EAPN Portugal. (2018). *Pobreza exclusão social em Portugal – 2016-2017*. <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Pobreza-e-Exclusão-Social-em-Portugal-2016-2017.pdf>
- Fishbane, S., Hazzan, A. D., & Halinski, C. (2021). Pain in patients with chronic kidney disease: Pathophysiology and management. *American Journal of Kidney Diseases*, 77(6), 839-849. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.10.009>
- Ho, L. T., & Wong, C. S. (2019). Barriers to cancer pain management: a review of empirical studies. *Cancer nursing*, 42(6), E28-E44.
- 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. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152
- Kanematsu, J., Atanazio, B., Cunha, B., Caetano, L., Arada, D. (2022). Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor Crónica. *Revista Medica*, 101(3). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i2e-192586>
- Kimmel, P. L., Patel, S. S., Yee, J., & Busse, F. (2002). Pain and quality of life in patients with end-stage renal disease: relationships to sleep. *Clinical nephrology*, 57(5), 325-331.
- Lopes, A. A., Albert, J. M., Young, E. W., Satayathum, S., Pisoni, R. L., Andreucci, V. E., Mapes, D. L., Mason, N., Fukuhara, S., Wikström, B., Saito, A., & Port, F. K. (2010). Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney International*, 77(7), 632-640. <https://doi.org/10.1038/ki.2009.500>
- Marques, V., Benetti, P., Benetti, E., Rosanelli, C., Colet, C., & Stumm, E. (2016). Avaliação da Intencidade da Dor de pacientes renais crónicos em tratamento hemodialítico. *Revista Dor*, 17(2), 96-100. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160023>
- Mendes, A., Dias, C. C., Teixeira, L., Alves, M., Sens, Y. A., & Pinto, A. M. (2017). The impact of socioeconomic factors on the quality of life of patients with chronic kidney disease. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 39(3), 248-254.

- Menegat K., Oliveira T. (2021) Lesão renal aguda: uma revisão da literatura. *Revista de Patologia do Tocantins*, 8(2). DOI: 10.20873/uft.2446-6492.2021v8n2p15
- Mira, A., Garagarza, C., Correia, F., Fonseca, I., & Rodrigues, R. (2017). *Manual de Nutrição e Doença Renal*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- National Kidney Foundation. (2020). Pain management in CKD. <https://www.kidney.org/content/pain-management-ckd>
- O'Brien, T., Christensen, A. J., & Ehlers, S. L. (2018). Pain intensity and societal inequality: Findings from the National Health Interview Survey. *Pain Medicine*, 19(8), 1554-1564.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *REPE–Estatuto*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Médicos. (2017). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos*. https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Cr%C3%B3nica_OM_2017.pdf
- Politi, M., Ferreira, J., Patino, C. (2021) Testes estatísticos não parametricos: mocinho ou bandido?. *J Bras Pneumol*, (4), e20210292. DOI:10.36416/1806-3756/e20210292
- 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. DOI: 10.1590/1518-8345.3641.3327
- Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: 2.ª Série, n.º 35*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Regulamento nº 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: 2.ª Série, n.º 35*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecificenfpressoasituacaocritica.pdf
- Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: 2.ª Série, n.º 135*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ribeiro, W., Jorge, B., Queiroz, R., (2020). Repercussões da hemodialise no paciente com doença renal crónica: uma revisão da literatura. *Revista Pró-UniverSus*, 11(1), 88-99. <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i1.2297>
- Rodrigues, A (2019). *Fatores Associados à Dor Aguda Após- Operatório em Mulheres Submetidas a Cirurgia Ginecológica* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu

- Rodrigues, A. B., Souza, G. N., & Martins, M. T. (2018). Factors associated with chronic pain in patients undergoing hemodialysis. *Revista Dor*, 19(2), 82-87.
- Sadigova, E., Ozkurt, s., & Yalcin, A. (2020). Pain Assessment in Hemodialysis Patients. *Cureus*, 12(2), e6903. DOI 10.7759/cureus.6903
- Samoudi, A., Marzouq, M., Samara, A., Zyoud, S., & Al-Jabi, S. (2021). The impact of pain on the quality of life of patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis: a multicenter cross-sectional study from Palestine. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 39. DOI:10.1186/s12955-021-01686-z
- Santos, J. G., Souza, M. S., Faria, M. T. D. (2020). Atuação da enfermagem frente às intercorrências nas sessões de hemodialise. *Revista Científica (In) Cena*. On Line. ISSN 2317-0817 Vol.1. <http://periodicos.estacio.br/index.php/cienciaincenabahia/article/viewFile/7666/pdf766>
- 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. doi: 10.3390/healthcare9101375.
- Schoppmeyer, M.-A. (2010). *Medicina Interna - Manual para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde*. Lusodidacta.
- Silva, F. (2018). *Avaliação da Dor em Pacientes Renais Crônicos Dialíticos* [Monografia]. Universidade Federal do Ceará.
- 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. DOI: 10.15253/2175-6783.20202143685
- Siqueira, A., Rocha, K., Ferreira, L. (2021) Assistência de enfermagem frente às principais complicações hemodialíticas. *Rev Bras Interdiscip Saúde-ReBis*, 3 (3), 40-7. <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/download/227/201/831>
- 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>

- 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://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.52907>
- Tribunal de Nuremberg. (1947). Código de Nuremberga. <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=2>
- Tsimicalis, A., Stinson, J. N., & Stevens, B. (2014). Quality of life of children following bone marrow transplantation: critical review of the research literature. *European journal of oncology nursing*, 18(2), 142-152.
- 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.
- Zou, H., Zhang, X., Xu, X., Chen, L., & Zhang, L. (2019). Effects of socioeconomic status and social support on the quality of life of patients with chronic renal failure under hemodialysis in China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 20.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I: RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Índice:	Pág.
INTRODUÇÃO.....	66
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	68
1.1. Descrição do Estágio I- SMI.....	69
1.2. Descrição do Estágio II- SU.....	70
1.3. Descrição do Estágio III- HEMODIÁLISE.....	72
2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	74
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	74
2.1.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal ...	75
2.1.2. Competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	76
2.1.3. Competência do Domínio da Gestão dos Cuidados.....	78
2.1.4. Competências do Domínio das Aprendizagens Profissionais.....	79
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	80
2.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e ou Falência Orgânica.....	80
2.2.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação.....	81
2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção 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.....	82
CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIA.....	86

SIGLAS E ABREVIATURAS:

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SU- Serviço De Urgência

ULSNE- Unidade Local de Saúde do Nordeste

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

AVC- Acidente Vascular Cerebral

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

TAC- Tomografia Axial Computorizada

TECSAM- Tecnologia e Serviços Médicos, SA

HD- Hemodialise

EE- Enfermeiro Especialista

OE- Ordem dos Enfermeiros

CDE- Código Deontológico de Enfermagem

DGS- Direção Geral de Saúde

IACS- Infecções Associada aos Cuidados de Saúde

REPE- Regulamento do Exercício profissional de Enfermagem

EPSC- Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

OMS- Organização Mundial de Saúde

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos

INTRODUÇÃO:

O desenvolvimento da sociedade tem vindo a impor novos desafios em saúde, exigindo ao enfermeiro no exercício da sua profissão competências diferenciadas, de forma a satisfazer as mais complexas e crescentes necessidades da população. Deste modo, a excelência do exercício profissional em Enfermagem impõe-se num caminhar permanente, e numa procura constante do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas, que sustentem a mais elevada qualidade na assistência em saúde.

O cuidar da pessoa em situação crítica exige perícia, pelo que é esperado que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica seja detentor de um conjunto de competências específicas que lhe permita prestar cuidados diferenciados, humanizados, contínuos e de qualidade, visando o pleno bem-estar do doente.

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica está direcionado para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Em 2011, a Ordem dos Enfermeiros, através do Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro, preconiza que a atuação do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica visa 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 e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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.

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança surge a necessidade de elaboração deste relatório que surge como anexo neste trabalho de investigação. O relatório é uma apreciação global sobre as experiências vividas e refletidas durante o estágio realizado. O principal objetivo deste relatório é descrever e dar visibilidade às atividades realizadas para a aquisição de competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ou seja, o relatório tem como propósito relatar e evidenciar através de uma análise reflexiva, competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas ao longo de três estágios propostos.

No que concerne ao estágio, o plano de estudos determina a realização do mesmo em locais e contextos distintos, sendo dois obrigatórios e um opcional. Assim, realizei os estágios em contextos de Cuidados Intensivos e Urgência, com carácter obrigatório, e em Hemodiálise

com carácter opcional. O estágio I - Cuidados Intensivos, decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital de Bragança, durante os meses de setembro e outubro de 2021. O estágio II – Urgência, decorreu no Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Bragança em janeiro a março de 2022. O estágio III - Opção, realizou-se na Clínica de Hemodiálise de Mirandela no período de novembro a dezembro de 2021. Os estágios tiveram a duração de 168 horas cada, perfazendo o total de 504 horas conforme o previsto no plano de estudos.

Estruturalmente o trabalho encontra-se organizado de modo a facilitar a sua compreensão e leitura dividindo-se, para além da habitual introdução e conclusão, em dois temas essenciais. O primeiro refere-se à contextualização do estágio e o segundo tema expõe a análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências. Para organizar e fundamentar o presente relatório recorri a uma metodologia expositiva e descritiva, centrada na experiência vivenciada, na evidência científica, na reflexão crítica sobre a prática, com o desígnio de desenvolver competências científicas, técnicas, humanas e relacionais próprias do cuidado de enfermagem especializado.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Os estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica permitiram a investigação e prática clínica, com vista à aquisição de competências e desenvolvimento das mesmas, assim como de experiências adequadas à formação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Assim, foram definidos alguns objetivos gerais, comuns a todos os estágios, e outros específicos a cada campo de estágio, fomentando a aquisição dessas competências.

Objetivos Gerais:

- Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
- Gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.
- Adquirir competências específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Objetivos Específicos:

SMI

- Cuidar da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade.

SU

- Cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe;

- Promover um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados do doente Emergente.

Hemodiálise

- Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do doente hemodialisado, nomeadamente em relação à terapêutica;
- Colaborar na supervisão de tarefas delegadas garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados do doente hemodialisado.

1.1. Descrição do Estágio I- SMI

O estágio I, que decorreu no SMI da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) - Unidade Hospitalar de Bragança, sob tutela da Enfermeira especialista Filomena Branco e orientação do Professor Carlos Magalhães. Localizado no 1º andar, o SMI é o único existente no distrito de Bragança e dá resposta a uma área geográfica de aproximadamente 6 608 km², 122 833 habitantes, 3 Unidades Hospitalares, 14 Centros de Saúde, 2 Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e 2 Serviços de Urgência Básica.

Com uma lotação de 10 camas, acrescida de 3 camas reservadas a doentes COVID e ainda de quatro camas situadas nos antigos gabinetes (médico, copa e gabinete da Enfermeira Chefe), agora convertidos para suprir as necessidades emergentes durante o período COVID.

De uma forma resumida, o SMI está dividido em áreas diferentes, desde armazéns, área de sujos e sala de espera/ sala da família, tendo em vista a prestação integral de cuidados aos doentes críticos, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais.

A sala principal está disposta e estruturada em “open space”, com camas individualizadas por cortinas, encontrando-se ligadas a uma central de monitorização, sediada no Posto de Enfermagem, a qual faculta uma vigilância direta e contínua de todos os doentes. Cada unidade está equipada com cama articulada, mesa de trabalho, mesa de apoio, monitor, ventilador, rampas de oxigénio, ar e sistema de vácuo, contentores individualizados de lixos e bancada de trabalho para a realização de registos e permanência de toda a informação/ processo clínico do doente. É nesta área que se encontra o carro de emergência com o monitor desfibrilhador. As unidades do doente recebem tanto doentes de cuidados intensivos como doentes de cuidados intermédios, mediante a necessidade.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa é constituída por Médicos de diferentes especialidades, Enfermeiros generalistas e especialistas e Assistentes Operacionais, em número variável, consoante as necessidades do SMI. Têm também apoio de fisioterapeutas, nutricionista e farmacêutico.

Durante o período de estágio, as patologias mais frequentes no SMI foram os choques sépticos com disfunção multiorgânica com ponto de partida respiratório, infeções do sistema nervoso central, pancreatites com critérios de gravidade, colecistites, perfurações de víscera oca, pneumonias associadas á COVID e trauma provocado por acidentes de viação.

No SMI existem protocolos rigorosos no sentido prevenir infeções associadas às intubações, bem como aos Cateteres Venosos Centrais e aos Cateteres Vesicais, entre outras. A sua missão é cuidar/tratar de doentes em estado crítico, com falência/ ou eminência de falência multiorgânica, potencialmente reversíveis, através de técnicas de suporte avançado de vida durante 24 horas por dia.

Este estágio possibilitou inúmeras experiências e aprendizagens, no qual adquiri competências inerentes à prestação de cuidados diários a doentes em contexto de cuidados intensivos.

1.2. Descrição do Estágio II- SU

O estágio II foi realizado no SU do Hospital de Bragança, sob tutela da Enfermeira especialista Andreia Graça e orientação da Professora Augusta Branco. O SU está integrado no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE, um hospital central, que recebe algumas centenas de doentes por dia, com patologias variadas de todo o distrito de Bragança, entre as quais destaco politraumatizados, insuficiências cardíacas e respiratórias, acidentes vasculares cerebrais, intoxicações medicamentosas e descompensações metabólicas, Sépsis.

Os doentes dão entrada no SU vindos do exterior, por meio próprio ou acompanhados quer pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) quer pelos bombeiros, referenciados dos vários Centros de Saúde da ULSNE ou de outras Unidades Hospitalares.

No SU está implementado o Sistema de Triagem de Manchester, que consiste em estabelecer uma triagem de prioridades clínicas de atendimento, através da identificação objetiva e sistemática dos critérios de gravidade, dando a conhecer a prioridade clínica e o

tempo recomendado até à observação médica. Esta Triage é realizada por um Enfermeiro que encaminha o doente para um tratamento que pode ser emergente, urgente ou não urgente.

O SU tem em funcionamento a Via Verde de Sepsis, a Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Via Verde de Trauma, as quais cumprem critérios próprios de ativação e permitem que os doentes possam ser atendidos precocemente, reduzindo a morbilidade e/ou mortalidade.

O SU é constituído por uma equipa de Emergência Intra-Hospitalar de adultos (24h/dia, 7 dias/semana), que presta cuidados em toda a área hospitalar, exceto nos serviços de medicina intensiva e bloco operatório, e também pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada com o INEM.

O SU é constituído pela área de admissão e registo administrativo, sala de triagem de prioridades, salas de espera, área de atendimento de pediatria (gabinete de avaliação médica, sala de nebulizações/hidratação oral de pediatria, Observação pediátrico e WC pediátrico), 3 gabinetes de avaliação médica, área de emergência / doentes críticos com condições para suporte avançado de vida (sala laranja - 4 unidades e sala de emergência – 2 unidades), área para tratamento de adulto, gabinete de registos de enfermagem, área de macas (6 unidades), área de ortotraumatologia, área de pequena-cirurgia e área de OBS (8 camas com monitorização contínua, com telemetria) onde, quando necessário, se recebem doentes com necessidade de cuidados intermédios. O acesso aos meios complementares de diagnóstico, nomeadamente Raio-X simples, Tomografia Axial Computorizada (TAC), patologia clínica e ao Bloco Operatório é fácil e rápido.

No que respeita aos recursos humanos, o SU conta com uma vasta equipa multidisciplinar constituída por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicos, que se encontram distribuídos por turnos diários de 12 horas. Os recursos médicos prestam serviço no SU de forma rotativa e pertencem aos vários serviços hospitalares e especialidades, nomeadamente urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, neurologia, nefrologia, psiquiatria, obstetrícia, pediatria e medicina intensiva.

Durante o estágio no SU verifiquei que se trata de um serviço complexo devido à diversidade de patologias e de doentes e à variedade de profissionais envolvidos.

1.3. Descrição do Estágio III- HEMODIÁLISE

O estágio III, referente ao estágio opcional, ocorreu na Clínica de Hemodiálise de Mirandela, sob tutela da Enfermeira especialista Teresa Bento e orientação do Professor Carlos Magalhães. A escolha prendeu-se com o objetivo de aprofundar conhecimentos de enfermagem em Hemodiálise, uma vez que já exerce funções na Clínica de Hemodiálise de Mogadouro. Estas duas clínicas, em conjunto com a Clínica de Hemodiálise de Vila Real, pertencem ao grupo Tecnologia e Serviços Médicos SA, (TECSAM), que presta serviços em Trás-os-Montes e Alto Douro, de modo a facilitar a deslocação dos doentes desta região. É na Clínica de Hemodiálise de Mirandela onde os serviços centrais estão sediados e é a partir desta que é distribuída grande parte do material, essencialmente farmacêutico, médico e de enfermagem.

A estrutura física da Clínica é constituída pela receção, secretaria, hall de entrada, onde os doentes bem como os transportadores aguardam o início e o fim do tratamento, gabinete médico, gabinete de enfermagem, sala de reuniões, copa, vestiários dos profissionais, vestiários dos doentes e ainda pela sala principal. Esta é composta por 22 postos de Sessão de Hemodiálise (HD), sendo cada posto formado por uma máquina de diálise e cadeirão individual. A sala tem ainda como apoio vários armários, onde se encontra, devidamente identificado, todo o material necessário para cada sessão, bem como uma balança para a pesagem dos doentes. Para além da sala principal, existe também outra sala anexa, formada por 4 postos de HD e pela sala de positivos, onde há 2 postos de HD. No piso inferior do edifício, encontra-se situada a lavandaria, o tratamento de água e os armazéns de arrumos de material necessário à HD.

Os recursos humanos abrangem pessoal efetivo à Clínica, formado pelas Técnicas de diálise, pelas Assistentes Operacionais, pela Nutricionista, Psicóloga, Farmacêutico, Assistente Social, Fisioterapeuta e Rececionistas, e os Médicos e Enfermeiros, que estão em regime de prestação de serviços.

As Técnicas de diálise, presentes em número de 2 a 3 por turno, têm várias funções atribuídas, porque para além de auxiliarem na sessão de HD, cada uma é responsável pelo armazém, tratamento de água, etc. Relativamente à parte médica e de enfermagem, estão presentes por turno sempre 2 Enfermeiros e 1 Médico, o qual pode ser Nefrologista ou Clínico Geral. O Farmacêutico, a Nutricionista, Fisioterapeuta e a Psicóloga dão apoio às três Clínicas.

Os doentes recorrem à Clínica 3 vezes por semana e esta funciona de segunda a sábado, em turnos de 5 horas. Os doentes sempre que necessitem de cuidados não relacionados com a HD são encaminhados ao SU ou Centro de Saúde da sua área de residência. Relativamente a

cuidados relacionados com a HD, como por exemplo, construção de acessos ou falência dos mesmos, são encaminhados para o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro ou para o Grupo de Estudos Vasculares- Paredes.

Tendo em conta minha experiência na área do doente hemodialisado, nenhuma das experiências e tarefas foram novas para mim. Todavia, aprendi novas abordagens e pude aprofundar a complexidade inerente à prestação de cuidados diários a doentes hemodialisados.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O percurso de desenvolvimento das competências abrangeu não só as aprendizagens teóricas, como também os estágios e esta análise crítico-reflexiva sobre as atividades realizadas. A experiência e a competência, aliadas ao sentido crítico-reflexivo, traduzem-se na melhoria dos cuidados, tornando-os mais seguros, responsáveis e justos.

A descrição e análise reflexiva do percurso e atividades realizadas que se seguem pretendem demonstrar o desenvolvimento das competências preconizadas. Para tal, encontram-se divididas em duas áreas distintas, contudo interligadas, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE), as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Em 2011, a Ordem dos Enfermeiros (OE) define que o EE possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, que se traduz num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Este, não só demonstra níveis de julgamento clínico e tomada de decisão elevados como também se destaca na educação, orientação e aconselhamento dos seus pares e do doente, assumindo a liderança e responsabilidade de desenvolver investigação relevante, que permita o crescimento e valorização da profissão (Regulamento nº122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As competências comuns e as competências específicas do EE encontram-se definidas pela OE, no Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro, publicado em Diário da República.

2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns estão organizadas em quatro domínios de competências: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, cujo objetivo passa pela uniformização da intervenção do EE.

2.1.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Considerando este domínio de competência, o EE deve demonstrar *“um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”* (Regulamento n.º 122, 2011; p. 8649).

Os princípios inerentes ao Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), são a base do cuidar humanizado em enfermagem e são ainda mais evidentes no cuidar especializado.

As questões éticas e da responsabilidade estão presentes em todas as situações do nosso dia a dia de trabalho e desenvolvem-se através da experiência e da relação com os doentes/família, resultando numa maior capacidade de racionalizar, interpretar e decidir o melhor, de forma assertiva e empática e tendo em consideração as suas vontades, crenças e valores sempre baseado num pensamento crítico-reflexivo e na evidência científica.

Na Carta dos Direitos dos Doentes (DGS, 2005) é referido que *“O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”*, sendo o primeiro, e porventura, o mais importante dos direitos dos doentes. No decorrer do estágio, procurei adaptar a minha abordagem às necessidades biopsicossociais de cada doente e respeitar a sua privacidade e a sua intimidade, informando sobre os procedimentos a realizar, explicando que os poderia aceitar ou recusar, procurando sempre obter o seu consentimento e esclarecendo dúvidas.

Todavia, perante um doente em situação crítica, é difícil pensar pelo outro, quais as suas decisões no seu processo terapêutico. Apesar de o direito de autonomia (direito de o doente aceitar ou recusar o tratamento) determinar que o doente seja adequadamente informado e esclarecido, para que a sua decisão seja tomada livre de qualquer pressão, isto é difícil de alcançar numa situação de emergência, onde prevalece o “salvar vidas”, no melhor interesse do doente. A intervenção do Enfermeiro, frequentemente em situações de stress e emergência, deve ser sempre orientada numa tomada de decisão fruto da evidência, sustentada por conhecimentos e competências. Tomar a decisão mais adequada perante situações complexas nem sempre é fácil.

Manter os princípios da privacidade e dignidade do doente durante prestação de cuidados de enfermagem constitui-se um grande desafio em contexto de urgência, quer seja devido ao espaço limitado e desajustado às necessidades reais, quer seja devido à carência de recursos materiais e humanos.

A tudo isto, acresce o dever de sigilo, *“o enfermeiro deve considerar confidencial toda a informação que diga respeito ao destinatário de cuidados e família, qualquer que seja a fonte (...), partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano*

terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (art.º 85º do CDE).

Ser responsável é um dos princípios chave, revelando-se, por exemplo, nas decisões que o enfermeiro toma e nos atos que pratica ou delega. A responsabilidade reflete-se em variados aspetos, desde logo pelo cumprimento dos deveres, passando por assumir ações e atitudes, bem como pelo questionar outros quando existem dúvidas, reconhecendo assim os limites das suas competências e do seu papel.

No decurso dos estágios, tentei sempre desenvolver e cumprir com todas as minhas responsabilidades, sem nunca descurar o apoio e acompanhamento à família/ cuidador do doente em situação crítica, os quais vivenciam frequentemente situações de grande stresse e ansiedade. Fornecer informação ao doente e à família/cuidador no decurso do diagnóstico, para uma melhor integração no processo terapêutico, é algo para o qual não estamos sempre preparados, mas, julgo, foi melhorando ao longo dos estágios graças à forma de agir das equipas em que me integrei.

Considera-se ter realizado, ao longo de toda a prática supervisionada, um exercício seguro, profissional e ético, tendo por base o CDE, aprofundando estas competências na minha prática diária.

2.1.2. Competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A procura da qualidade em saúde tem sido constante ao longo do tempo, sendo a sua importância referida ao nível de várias entidades nacionais e internacionais. Hoje em dia, a qualidade em saúde é uma prioridade para a enfermagem. Conforme descrito nos estatutos da OE, os padrões de qualidade permitem alcançar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes, o que permite, através da sua análise, uma oportunidade de reflexão sobre o exercício desta classe profissional. Cada vez mais esses padrões de qualidade refletem-se na melhoria ou não dos cuidados de enfermagem.

O Plano Nacional de Saúde refere-se à qualidade em saúde como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional elevado, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga, total adesão e satisfação do cidadão (DGS, 2016). Assim, melhorar a qualidade é caminhar em direção à melhoria contínua no sistema de saúde, com vantagens a todos os níveis e para todos.

A qualidade dos cuidados promove a segurança dos doentes, onde o compromisso, o envolvimento e o esforço de todos e das várias entidades são o centro da promoção de uma

cultura organizacional de segurança das unidades de saúde. Muitas vezes, no SU verifiquei que o espaço físico para a grande afluência de doentes pode comprometer a qualidade deste serviço e conseqüentemente a segurança dos cuidados, pois aumenta a possibilidade de erros ou a ocorrência de eventos adversos.

As auditorias e o feedback de todos os agentes envolvidos (doentes, famílias, equipa multidisciplinar) permitem identificar as áreas que carecem de melhoria e o desenvolvimento de estratégias que retifiquem as falhas identificadas. Desta forma, apostar na formação dos profissionais e no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade minimiza o risco de erro durante a prestação de cuidados.

A utilização de indicadores permite não só identificar as áreas da organização que necessitam de aperfeiçoamento no desempenho, como também facilitar a implementação de medidas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados.

De acordo com DGS, as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados. A partilha de informação entre os profissionais e a comissão de controlo de infeção permite a melhoria dos procedimentos e das normas. Em contexto de prática diária, deve ser realizada por todos os profissionais e especialmente pelos EE que detêm competências específicas para tal. No SU a sobrelotação de doentes implica muitas vezes o incumprimento das normas de segurança, nomeadamente no que diz respeito à distância mínima entre as camas, que quando desrespeitada pode contribuir para o aumento das taxas de infeção.

O EE tem um papel preponderante na realização de registos atualizados e pertinentes ao nível do processo de enfermagem, de forma a garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado. Não podemos argumentar que temos qualidade de cuidados e que temos ganhos em saúde se não documentarmos as nossas intervenções e resultados. É também função do EE intervir na dinâmica dos cuidados, tentando organizar e distribuir os enfermeiros pelos doentes e pelos cuidados necessários, e na criação de um ambiente terapêutico seguro. Compete ainda ao EE a formação em serviço, potenciando as capacidades e competências individuais de cada um e promovendo a sua partilha com a equipa.

No decurso dos meus estágios tentei constantemente cumprir todos os procedimentos que visam a melhoria da qualidade dos serviços. Tive também oportunidade de analisar e aplicar vários protocolos e normas de controlo de infeção, desde medidas básicas como a lavagem das mãos à administração de profilaxia antimicrobiana protocolada.

Nos estágios a existência de protocolos e de normas potenciaram a uniformidade do cuidar, a distribuição de funções e a verificação de todo o material necessário ao doente, contribuindo para uma maior organização do serviço, dos cuidados, minimizando o erro e melhorar a qualidade.

2.1.3. Competência do Domínio da Gestão dos Cuidados

O domínio da gestão de cuidados assenta em duas competências, segundo as quais o EE gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação da equipa de saúde, e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Segundo a OE (2004), o EE deve ser capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e de garantir assessoria à sua equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam solicitados, participando nas decisões da equipa multidisciplinar e considerando a necessidade de encaminhar o doente para outros prestadores de cuidados de saúde.

A gestão dos cuidados requer, então, não só a supervisão e liderança da equipa de enfermagem como também o planeamento de cuidados e a provisão dos recursos. Enquanto a supervisão é responsável por promover a reflexão e discussão sobre a prática, a liderança, por sua vez, é um instrumento que auxilia na gestão do cuidado, favorecendo o seu planeamento, a coordenação da equipa e a delegação e distribuição de atividades.

Na realidade, o EE fica responsável pela gestão dos cuidados e do serviço, de acordo com as orientações do chefe de serviço, na substituição nas suas ausências e impedimentos. Durante os estágios tentei compreender melhor o papel do EE neste domínio através do diálogo e reflexão com os EE responsáveis pelo turno, inteirando-me das suas funções e do seu papel no seio da equipa multidisciplinar.

Durante os estágios pude desenvolver competências deste domínio, nomeadamente através da gestão dos cuidados, colaborando na otimização da resposta da equipa de enfermagem, em articulação com a equipa multidisciplinar, assim como a nível da tomada de decisão. A gestão de cuidados também nos reporta para a adequação dos recursos disponíveis e para as necessidades de cuidados.

No SMI pude colaborar em algumas atividades de gestão dos recursos humanos, nomeadamente na elaboração de planos de trabalho. Na Clínica de Hemodiálise realizei pedidos de farmácia e armazém. No SU colaborei com a orientadora na gestão do serviço, realizando pedidos de dietas para os doentes, pedidos da farmácia e armazém.

As competências a este nível já existiam, mas com certeza foram melhoradas, otimizando competências ao nível do processo de cuidados e ao nível da tomada de decisão.

2.1.4. Competências do Domínio das Aprendizagens Profissionais

O domínio das aprendizagens profissionais diz respeito ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, assim como à praxis clínica especializada em padrões de conhecimento válidos e sólidos. Neste domínio, há referência a que o EE detenha a capacidade de gerir sentimentos e emoções, atuando eficazmente sob pressão, e ser capaz de reconhecer, antecipar e utilizar adequadamente técnicas de resolução de problemas.

Ser Enfermeiro requer a aprendizagem de competências a vários níveis, nomeadamente a nível emocional, comunicacional e relacional. A formação permite ao Enfermeiro obter conhecimentos e desenvolver essas competências, adotando atitudes que promovem alterações de comportamentos. Por este motivo, é um dos pilares no desenvolvimento dos cuidados, favorecendo a prestação de cuidados de enfermagem com segurança e de qualidade.

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) refere que o Enfermeiro deve *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, artigo 109.º p. 8103).

A atualização acerca dos mais diversos temas dentro dos contextos de atuação (os recursos existentes, as técnicas e atividades praticadas) é sem dúvida essencial para a construção de conhecimento e aprendizagens promotores de boas práticas.

O desenvolvimento desta competência consegue-se essencialmente pelo investimento pessoal, ao longo da minha prática profissional, favorecendo o crescimento profissional, o autoconhecimento e a maturidade pessoal.

Para além disso, o autoconhecimento permite uma praxis clínica baseada em valores e competências como a integridade, a responsabilidade, a dedicação e confiança, tendo um impacto direto no trabalho exercido e nas pessoas envolvidas.

Nos estágios, o trabalho com equipas multidisciplinares, o contato com diferentes contextos clínicos e a observação dos cuidados prestados aos doentes, promoveram esse autoconhecimento que teve reflexos positivos nas ações realizadas.

O SMI, SU e Clínica de Hemodiálise são locais onde existem meios tecnológicos avançados para cuidar e tratar de doentes em situação crítica e, por esse motivo, os Enfermeiros

que aí trabalham têm competências acrescidas para manusear e utilizar corretamente estes dispositivos.

Sem dúvida que existem conteúdos de aprendizagem que podemos facilmente adquirir pesquisando e ou discutindo com a equipa. Porém, outros, são adquiridos apenas através da experiência. Julgo que o meu tempo de serviço, bem como a formação académica, forneceram-me um conjunto de competências e conhecimentos necessários para prestar este tipo de cuidados específicos, os quais tive a oportunidade de aprofundar nos estágios.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Em Situação Crítica.

O Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica) define que o EE é *“um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem”* e as suas competências são *“um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais”*.

Ainda de acordo com o mesmo Regulamento, o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica para além da competência de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, deverá também ter competências que permitam dinamizar a resposta às situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção 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.

Em seguida, serão descritas as competências específicas dos EE em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EPSC), publicadas no Regulamento n.º 124/2011.

2.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e ou Falência Orgânica

O cuidar de pessoas que vivenciam processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, implica uma resposta mais direcionada e mais incisiva nesta área, tendo em vista a recuperação total da pessoa. Desta forma, o EE em Pessoa em Situação Crítica deverá ser detentor de competências específicas para ser capaz de lidar, em tempo útil e de forma holística, com situações urgentes/emergentes e de catástrofe com que se depara, considerando todos os aspetos inerentes à pessoa que acaba de vivenciar alterações ao seu quotidiano. As

competências do EE que presta cuidados de EPSC vão desde utilizar tecnologia que mantém o suporte vital do doente até ao integrar a família/cuidador nos cuidados, exigindo perícia, paciência e empatia.

Os cuidados de EPSC permitem não só assegurar as funções vitais, prevenir complicações e limitar incapacidades, mas também promovem a satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar da pessoa cuidada.

Em contexto de SU é exigido ao EE uma avaliação e correção, num curto espaço de tempo, da situação clínica do doente. Perante as situações de emergência com risco de perda de vida/função orgânica, todo o processo de abordagem à Pessoa em Situação Crítica deve ser realizado de forma imediata, devendo o EE estar devidamente habilitado para tal.

O Regulamento n.º 124/2011 preconiza que os cuidados de EPSC sejam *“cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida”*.

A realização do estágio em SU contribuiu para o processo de aquisição de competências especializadas em EPSC, uma vez que a especificidade deste serviço permitiu uma melhor visibilidade e pertinência aos cuidados de enfermagem prestados pelos EE em EPSC.

Finalizados os estágios, encontro-me mais capacitada para a observação e antecipação de alguma instabilidade no doente, procurando a compreensão das suas necessidades e estando mais desperta para alguns sinais que manifestam as suas necessidades, nomeadamente o sentimento de dor no doente que não comunica.

2.2.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação

As situações de catástrofe ou emergência com multivítimas têm vindo a aumentar em território nacional e por todo o mundo, refletindo o aumento da população mundial, o movimento de pessoas, por meio do turismo e das migrações, e a produção/transporte/utilização de matérias perigosas, que aumentam a ocorrência de catástrofe ou emergência com multivítimas.

Em Portugal, estas situações provocadas por fenómenos naturais e ou tecnológicos têm resposta através do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil da Autoridade Nacional de Proteção Civil, complementado por outros planos regionais, locais ou especiais. Por sua vez,

as Instituições do Sistema Nacional de Saúde avaliam constantemente os riscos e atualizam o seu plano de emergência numa situação de catástrofe, dando uma resposta organizada e multidisciplinar.

Um plano de emergência é estruturado por um conjunto de normas, regras e procedimentos, destinadas a diminuir os efeitos de catástrofe, previstas para determinadas áreas, sob determinadas condições, gerindo os recursos materiais e técnicos especializados para lidar com ele.

No Regulamento n.º 124/2011, esta competência do EE em EPSC refere-se à conceção dos planos institucionais e à liderança na resposta a situações de catástrofe e multivítima em situação crítica ou risco de falência orgânica, procurando eficácia e eficiência da resposta.

Por sua vez, o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto 2014, enuncia que cada SU deverá ter um plano de emergência/catástrofe/contingência, que dê resposta a situações multivítimas. Prevê-se também a realização de simulacros, para que o plano de emergência seja conhecido por todos os profissionais envolvidos.

Durante os estágios, desenvolveram-se atividades e reflexões sobre a prática clínica de forma a adquirir e aprofundar conhecimentos neste campo de atuação. Verifiquei ainda que a ULSNE possui um Plano de Emergência Externa (elaborado e atualizado pela Comissão de Catástrofe), que integra todos os serviços de todas as Unidades Hospitalares e privilegia a interligação com entidades exteriores à ULSNE para uma melhor articulação na resposta à situação de catástrofe.

2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção 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

No âmbito da prevenção e controlo da infeção, o EE deve ser detentor de competências que não só revelem sólidos conhecimentos científicos, mas também que respondam à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados para manter a vida da Pessoa em Situação Crítica e ou falência orgânica.

Segundo a OMS, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema de saúde pública, com impacto significativo em termos de morbilidade e mortalidade e com repercussões económicas. Perante esta situação o EE tem um papel ativo através da

assimilação dos planos de controlo de infeção, cumprindo e fazendo cumprir as normas relativas à assepsia, e da implementação de circuitos de prevenção e controlo da infeção.

Assim sendo, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), criado em 2013, tem como objetivo reduzir o número de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, bem como a taxa de microrganismos com resistência aos antibióticos.

Nos estágios foi possível verificar o cumprimento das normas básicas de controlo de infeção por parte dos profissionais de saúde. No contexto do SU, particularmente nas situações em que a vida se encontra em risco, é essencial estabelecer prioridades e, nesse contexto, o controlo da infeção durante a prestação de cuidados pode passar para segundo plano.

Relativamente aos múltiplos procedimentos invasivos realizados nos campos de estágio por onde passei, o controlo da infeção foi executado com extremo rigor, uma vez que os procedimentos quebram a barreira natural da pele criando uma entrada direta para o ambiente interno do doente, havendo assim uma maior tendência para gerar focos de infeção. Durante os estágios, em particular no SMI, houve sempre a preocupação de cumprir as normas de prevenção e controlo de infeções associadas ao cateter venoso central e às pneumonias associadas à ventilação, segundo os protocolos existentes no serviço.

CONCLUSÃO

Ao longo deste percurso, pude refletir sobre as aprendizagens efetivadas, conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas.

A partir da elaboração deste relatório verifiquei um crescimento profissional e pessoal, na medida em que consolidei as capacidades técnico-científicas, sociais e humanas, que me definem enquanto enfermeira e EE. Esse crescimento refletiu-se na dinâmica em contexto de trabalho através da adoção de boas práticas e demonstração de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação na área da enfermagem médico-cirúrgica.

Este relatório não traduz toda a complexidade inerente aos cuidados prestados nem a magnitude dos momentos de aprendizagem durante os estágios. Todavia, através do feedback obtido nas avaliações dos estágios, considero ter atingido com sucesso a aquisição das competências comuns do EE e competências específicas do EE em EPSC. Sem dúvida, fui capaz de desenvolver conhecimentos e capacidades, tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados.

Com este relatório crítico-reflexivo pretendi compilar momentos do estágio, através da descrição sumária, procurando a crítica sobre as atividades desenvolvidas e o contributo para a prática de enfermagem.

A par das unidades curriculares, os estágios realizados em contextos altamente diferenciados permitiram-me aprendizagens especializadas e direcionadas ao cuidar holístico da Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente ao nível da prevenção e controlo da infeção, abordagem a situações de catástrofe com multivítimas, e da habilitação de competências de liderança, investigação/reflexão crítica, comunicação e autoaprendizagem.

As inúmeras experiências proporcionadas pelos estágios, contribuíram não só para o desenvolvimento da minha capacidade de reflexão, mas também para melhorar a capacidade de mobilizar um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos, tecnológicos e relacionais, baseados na evidência científica, de forma célere e sistematizada perante as situações de doença crítica em contexto de urgência.

Este relatório evidencia também o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, dinamizar a resposta em situações de catástrofe e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção.

A prática em contexto de Cuidados Intensivos, Serviço de Urgência e Hemodiálise permitiu o trabalho com equipas multidisciplinares, o contacto com diferentes e complexas problemáticas, a intervenção à Pessoa em Situação Crítica, entre outros aspetos, fomentando o aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica.

Apesar de complexo, termino este percurso de capacitação pessoal e profissional com a certeza de que o esforço e a determinação foram decisivos na obtenção dos objetivos inicialmente propostos e a aquisição de competências especializadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIA:

- Alves, A. (2017). A transversalidade do cuidado especializado em enfermagem médico-cirúrgica: Dos Cuidados Intensivos aos Cuidados Paliativos (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal, Portugal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21095>.
- Arcanjo, C. (2022). Desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (Relatório de Estágio). Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal. Disponível em <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/8140>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização.
- Matos, I. (2019). Competências especializadas: Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatório (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal, Portugal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29346>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE–Estatuto. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2.ª Série, n.º 35. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2.ª Série, n.º 35. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento_124_2011_competenciasespecificenfessoasituacaocritica.pdf
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2.ª Série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

APÊNDICE II: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS e TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

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.

Exmo. 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 DA DOR EM DOENTES RENAIIS CRÓNICOS EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS”.

O presente questionário é anónimo e composto por 2 grupos: o primeiro com 11 questões para caracterização sociodemográfica, o segundo 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.

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

Nádia Alexandra Peres Sabino

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: /..... /.....

QUESTIONÁRIO

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: Nádía Sabino

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:

Ambulância _____ Táxi _____ Carro Próprio _____ Outros _____

Grupo II

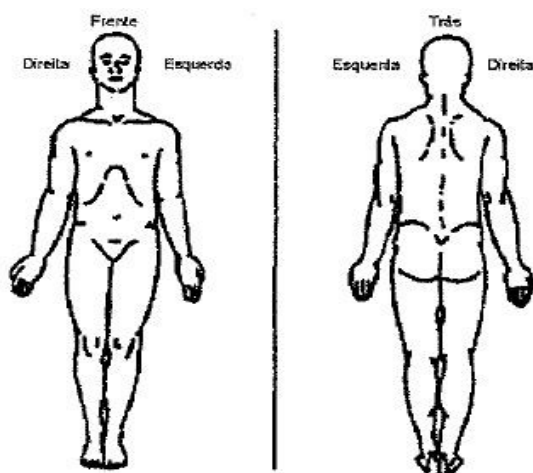
Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

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 Invent. 01y (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 I: AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES RESPONSÁVEIS PELA VERSÃO PORTUGUESA DO BPI

Luís Azevedo <lfazevedo55@gmail.com>

sexta, 28/01,
12:07

para Olga, jclopes, Luís, mim

Cara Nádía Sabino,

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

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 também, 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 - PDICSS

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 - PDICSS

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 II: AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO BPI

DocuSign Envelope ID: B375A48D-C789-4444-AE64-F78263741837

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 Politécnico de Bragança- Escola Superior de Saúde	
		ATTN: Nádia Sabino	
		Address Line 1: Rua dos Castanheiros nº22	
		Address Line 2: Mogadouro, Bragança 5200	
		Address Line 3: Portugal	
		Address Line 4: N/A	
		Email Address: nadiaapsabino@gmail.com	
2.	Permitted Use	Student research (thesis, dissertation)	
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: Nádia Alexandra Pass Sabino
(signature of representative)

Name: Nádia Alexandra Pass Sabino
(printed name of representative)

Title: Student
(position within Licensee organization)

Date: 31-09-2022
(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: 9/28/2022 | 11:12 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,v11,NMD951.pdf>

{Worldox #00034073.DOCX 11}

ANEXO III- PARECER DA COMIÇÃO 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

1 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 IV- AUTORIZAÇÃO DA CLÍNICA PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

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 Sociodemográficas*” 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 clínicas 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

Nádia Alexandra Peres Sabino


TECSAM - Tecnologia e Serviços Médicos, S.A.
Centro de Diálise de Mogadouro
N.º C. 562 324 561
Rua dos Vais da Madre • 5200-216 MOGADOURO