

## RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CLÍNICAS E A DOR PERCECIONADA POR DOENTES RENAI CRÓNICOS EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Carla Alexandra Ferreira Neves<sup>1</sup>  
Maria Gorete de Jesus Baptista<sup>2</sup>

**Resumo:** A dor é um sintoma frequente nos doentes renais crónicos (DRC) que fazem hemodiálise (HD) como tratamento de substituição da função renal, os quais referem sentir diferentes tipos de dor, com intensidade e localização variáveis. O presente trabalho teve como objectivo avaliar a prevalência da dor em doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise e sua relação com variáveis clínicas. É um estudo transversal analítico, numa amostra de 140 indivíduos em tratamento de HD. Recolha de dados por questionário, incluindo variáveis clínicas e o inventário "Brief Pain Inventory- Short Form", com 15 itens-avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. Verificou-se que a prevalência da dor sentida na última semana é significativa para a maioria dos DRC (65% em 100%), enquanto no momento da aplicação do inventário, 80% afirmou não ter dor. Ainda, quem realiza HD há mais tempo é mais suscetível à dor não comum, sendo que a maioria dos DRC refere que a sente durante o tratamento e se prolonga no domicílio. É durante o tratamento de HD que referem sentir dor mais intensa, predominando a dor óssea. Quanto ao alívio da dor pós tratamento, são os HDs há mais tempo que manifestam mais alívio. Os doentes com menos tempo de tratamento e os portadores de Cateter Venoso Central referem maior interferência da dor nas actividades de vida diárias. Concluímos que a dor é uma ocorrência comum nos doentes em tratamento de HD, sendo uma entidade complexa e pluridimensional com elementos cognitivos, sensoriais, fisiológicos, comportamentais e socioculturais, pelo que deve ser avaliada.

**Palavras-chave:** Dor; Doença Renal Crónica; Hemodiálise.

## RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL VARIABLES AND PERCEIVED PAIN BY CHRONIC KIDNEY PATIENTS IN HEMODIALYSIS TREATMENT

**Abstract:** Pain is a frequent symptom in chronic kidney disease (CKD) patients undergoing hemodialysis (HD) as a replacement treatment for kidney function, who report feeling different types of pain, with variable intensity and location. Objectives: To assess the prevalence of pain in chronic kidney disease patients on hemodialysis and its relationship with clinical variables. Methodology: It is an analytical cross-sectional study, in a sample of 140 individuals undergoing HD treatment. Data collection by questionnaire, including clinical variables and the "Brief Pain Inventory- Short Form" inventory with 15 items-assess the existence, severity, location, functional interference, applied therapeutic strategies and effectiveness of pain treatment. Results: The prevalence of pain felt in the last week is significant for most CKD patients (65% out of 100%), while at the time of

<sup>1</sup>Enfermeira, ULSN-Unidade Hospitalar de Mirandela-Portugal, Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Saúde do IPB, Karla\_neves\_@hotmail.com

<sup>2</sup>Doutora em Biomedicina, Professora auxiliar ISP Jean Piaget Benguela, investigadora CESP, Angola, Professora-adjunta na Escola Superior de Saúde-Instituto Politécnico de Bragança, Portugal <https://orcid.org/0000-0002-6750-1825> gorete@ipb.pt

applying the inventory, 80% said they had no pain. It was found that those who perform HD for a longer time are more susceptible to unusual pain, with most CKD patients reporting feeling it during treatment and lasting at home. It is during HD treatment that they report feeling more intense pain, predominantly bone pain. As for post-treatment pain relief, HDs have been showing more relief for a longer time. Patients with less treatment time and those with a Central Venous Catheter report greater pain interference in daily life activities. Conclusion: Pain is a complex and multidimensional occurrence with cognitive, sensory, physiological, behavioral and sociocultural elements. Pain in patients with CKD is frequent and therefore should be evaluated. Many scales are suggested and even used (Silva et al, 2020).

**Keywords:** Pain; Chronic Kidney Disease; Hemodialysis.

## INTRODUÇÃO

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

Atualmente a HD é o tratamento de substituição renal mais utilizado a nível mundial, em que 90% dos doentes com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) são submetidos à HD, para a manutenção da vida (Jesus et al., 2018). A dor é um sintoma frequente nos doentes renais crónicos (DRC) que fazem hemodiálise (HD) como tratamento de substituição da função renal, os quais referem sentir diferentes tipos de dor, com intensidade e localização variáveis.

Assim sendo, com este trabalho de investigação pretendemos dar resposta à questão de investigação: Qual a prevalência da dor em doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise e sua relação com variáveis clínicas?

O DRC em tratamento de HD tem como necessidade major ser acompanhado por profissionais especializados, com conhecimentos teóricos e práticos, capazes de dar

auxílio de forma humanizada, prevenindo e tratando as complicações decorrentes do tratamento em HD, nomeadamente a dor.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

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

Na DRC são classificados cinco estádios, em que no primeiro não há achados clínicos e laboratoriais visto que existe compensação dos nefrónios saudáveis pela perda de capacidade e, do segundo até ao quinto há uma diminuição da função renal progressiva. O quinto estádio reflete o estádio terminal, considerado falência renal, o qual resulta na indicação para terapêutica de substituição da função renal, incluindo a Hemodiálise, a Diálise Peritoneal e o Transplante Renal (Pretto et al., 2020).

Atualmente, a HD é o tratamento de substituição renal mais utilizado a nível mundial, em 90% dos doentes com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT), cujo objectivo é a manutenção da vida (Jesus et al., 2018). Permite a eliminação de produtos do metabolismo como a creatinina, ureia e regulação de fluidos e eletrólitos (Fielding, 2019). Assume assim grande importância para os doentes, pois aumenta a sua sobrevivência bem como a sua qualidade de vida.

No entanto, durante o tratamento de HD surgem complicações como como hipotensão, hipertensão, câibras, náuseas, calafrios, cefaleias e outras dores. Estas alterações podem estar relacionadas com as condições clínicas do doente e com as características do tratamento, nomeadamente o tipo de dialisador utilizado. Tudo isto vai exigir dos profissionais de saúde um acompanhamento atento e personalizado de forma a diminuir essas intercorrências e, conseqüentemente, a taxa de mortalidade (Evaristo et al., 2020).

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

Segundo este autor, a dor identificada pelo DRC é intensa e com localizações variadas, relacionada com a incidência de várias patologias e perda de massa muscular, não descurando as intercorrências durante o tratamento que causam dor.

A dor tem a necessidade de ser identificada e quantificada para um tratamento e intervenção eficazes, sendo que a avaliação da dor confirma a importância da intervenção do enfermeiro para um reconhecimento fiel de forma a evitar erros.

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

## **2. METODOLOGIA**

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

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

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

Assim sendo a amostra em estudo foi constituída por 140 doentes com IRC em tratamento de HD e foram excluídos 78 por não possuírem capacidade cognitiva/incapacidade de compreensão para responder.

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

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

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

Parte III – 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 numa perspetiva multidimensional, com muito boas propriedades psicométricas, que tem vindo a ser crescentemente utilizado na prática clínica e na investigação (Azevedo et al., 2007)

É constituído por 15 itens, que avaliam a presença, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas utilizadas e eficácia do tratamento da dor.

Inclui um item dicotómico para verificação da existência de dor; um item para a localização da dor (através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano); uma escala de severidade de dor constituída por quatro itens (itens 3, 4, 5, e 6- máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10, em que 0 = "sem dor" e 10 = "a pior dor que se pode imaginar"); um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas; um item que quantifica, em termos percentuais (de 0% a 100%, em que 0% = "nenhum alívio" e 100% = "alívio

completo"), a eficácia dos tratamentos utilizados; uma escala de interferência funcional constituída por sete itens (itens 9a, 9b, 9c, 9d, 9e, 9f e 9g) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10, em que 0 = "não interferiu" e 10 = "interferiu completamente") que avaliam a interferência da dor na atividade geral, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver (Azevedo et al., 2007; Cleeland, 2009).

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

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

Foram aplicados os inquéritos ao longo de 2 meses (novembro e dezembro de 2022) e os dados obtidos foram transcritos para uma base de dados, pelo número de codificação atribuído, sendo utilizado o programa SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences®).

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, recorrendo-se à distribuição de frequências e às medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana, assim como à representação gráfica. Na análise inferencial recorreu-se aos testes não paramétricos Mann-Whitney para detectar diferenças significativas entre dois grupos independentes, para comparação de três ou mais grupos utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, atendendo à natureza das variáveis em análise (medição da intensidade da dor e da interferência da dor com ordenação) e ao facto de estas não verificarem o pressuposto da normalidade, sendo também utilizado o teste de independência do qui-quadrado para inferir sobre possíveis associações da existência de dor com as características do doente renal crónico.

### **3. RESULTADOS**

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

Como se pode observar na Tabela 1, os indivíduos da amostra, na sua maioria, são do sexo masculino (62,9%), têm idade compreendida entre os 51 e 80 anos (63,6%), vivem em meio rural (55,0%), são casados (65,7%), vivem com o cônjuge ou cônjuge e filhos (65,0%), possuem o 1º ciclo (72,9%), são não activos profissionalmente (85,7% reformados), auferem um rendimento mensal baixo, entre 250€ e 500€ (53,6%) e todos eles (100%) responderam positivamente as crenças religiosas.

Verifica-se que quem a realiza HD há mais tempo é mais suscetível de apresentar dor não comum (dos 37 doentes que realizam hemodiálise há mais de seis anos, 28 registaram dor não comum). No que concerne à existência de dor durante o tratamento observa-se que a maioria dos inquiridos nestas circunstâncias também apresenta dor não comum e, pelo teste do qui-quadrado, concluiu-se que a existência de dor não comum está significativamente associada à dor durante o tratamento ( $X^2=31,360$ ;  $p<0,001$ ).

Por outro lado, a dor não comum não apresenta associação significativa com o potencial agravamento da dor durante o tratamento ( $X^2=1,739$ ;  $p=0,325$ ), mas está significativamente associada com a potencial persistência da dor em casa ( $X^2=4,699$ ;  $p<0,05$ ).

Na tabela 3, no que refere à interferência da dor nos diferentes campos da vida do doente renal, observa-se que os doentes com queixas a nível ósseo são mais queixosos, com exceção das dimensões Disposição e Prazer de viver, mas em termos estatísticos as diferenças não apresentam significância estatística, com exceção da dimensão Atividade geral.

Observando a tabela 4, pode-se afirmar que os doentes que realizam hemodiálise entre dois e seis anos sentem dor significativamente mais intensa no momento actual. No que trata o alívio da dor são os doentes renais que realizam hemodiálise há mais tempo que manifestam maior alívio, mas a diferença face os restantes não apresentam significância estatística. Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida do doente renal, observa-se que os mais queixosos são os doentes com menos tempo de tratamento de hemodiálise, com exceção da Atividade geral (são os que realizam hemodiálise entre dois e seis anos). No campo Atividade geral as diferenças observadas são estatisticamente significativas, pois o resultado apresentado para os doentes que

realizam hemodialise há mais de seis anos é consideravelmente inferior aos outros dois grupos.

Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida do doente renal (Tabela 5), observa-se que os mais queixosos são os doentes com acesso via cateter venoso central, com exceção da relação com as outras pessoas e o Sono. No campo trabalho normal as diferenças observadas são estatisticamente significativas, assim sendo pode-se afirmar que neste campo a dor interfere de forma mais intensa e significativa nos doentes com cateter venoso central.

Relativamente à intensidade da dor na última semana: máxima, mínima e média, observa-se (Tabela 6) que os doentes que tinham dor durante o tratamento apresentam os níveis médios mais elevados, assim como na intensidade da dor no momento de aplicação do questionário. Assim sendo, pode-se afirmar que os doentes com dor durante o tratamento apresentam intensidade de dor máxima e mínima, mais intensa e significativamente superior.

No que concerne ao alívio da dor, foram os doentes sem persistência da dor no domicílio que manifestam maior alívio, havendo diferença face os restantes doentes, com significância estatística ( $p \leq 0.005$ ). Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida do doente, observa-se que influencia mais os doentes com persistência da dor no domicílio. A Atividade geral, Disposição e Relação com as outras pessoas melhoram nos doentes cuja dor não persiste no domicílio, bem como a Capacidade de andar a pé, Trabalho normal, Sono e Prazer de Viver.

#### **4. DISCUSSÃO**

A presente investigação avaliou a prevalência de dor em doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise, tendo contado com a participação de 140 indivíduos.

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica, salienta-se o facto de que a maioria dos inquiridos é do sexo masculino e tem idade compreendida entre os 51 e 80 anos. Estes resultados não são surpreendentes, uma vez que a prevalência da doença renal crónica é maior em pessoas mais velhas, como se verifica num estudo realizado em julho de 2018 o número de doentes em diálise rondava os 133.464, onde 58% eram



do sexo masculino (Neves et al., 2020). Além disso, dados publicados recentemente em Portugal revelam que a doença renal crónica acomete pessoas com mais idade e do género masculino (Autoridade da Concorrência, 2020), sendo que também nos estudos de Sousa et al. (2018) e Sousa et al. (2017) se observa uma predominância de indivíduos do género masculino. Face às associações da dor, os resultados evidenciaram que a existência de dor não comum está significativamente associada ao género, em particular, ao género masculino, à dor durante o tratamento e à potencial persistência da dor do tratamento em casa.

No que se refere aos dados clínicos, os indivíduos inquiridos apresentam como causa mais comum da doença renal, a diabetes, seguida dos rins poliquísticos e da infeção renal. Quanto às comorbilidades destacam-se a diabetes, seguida da hipertensão e da doença cardíaca. Estes dados vêm confirmar que a diabetes é a principal causa da DRC (Jesus et al. 2018), assim como das comorbilidades (Pretto et al. 2020).

Nos resultados obtidos na questão sobre o sentir dor durante o tratamento de HD, concluiu-se que a maioria dos inquiridos sente dor e a mais referida é a dor em pontada e intermitente. A maioria dos doentes que manifesta dor no tratamento, referiu que a dor se agrava durante o mesmo, bem como persiste no domicílio. Outros estudos que abordam o tema evidenciam que a dor se encontra em 79% dos indivíduos durante a sessão de HD, mas após a HD a percentagem decresce (Pretto et al. 2020). Contudo, no estudo "Avaliação da intensidade da dor de pacientes renais crónicos em tratamento hemodialítico" observa-se que 50% dos indivíduos refere não sentir dor antes, durante nem após a HD (Marques et al. 2016).

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

A dor não comum é uma das queixas mais observadas nos doentes com DRC em HD (Sadigova et al., 2020) e neste estudo, mais de metade da amostra sente dor durante o

tratamento de hemodiálise e nestes, o tipo de dor mais referido é a dor em pontada. Relativamente à caracterização da dor na última semana, mais de metade da amostra refere sentir dor, sendo que o local mais referido foi o fundo das costas, seguido dos joelhos, pernas e estômago e de facto, entre as complicações que decorrem da hemodiálise, Tinôco et al. (2017) refere a dor lombar, a dor abdominal e ainda a dor torácica e a dor de cabeça. Como explicam autores como Marques et al. (2016) e Vides e Martins (2017), a dor muscular surge normalmente após as cãibras, provocadas pela remoção rápida de líquido corporal, as cefaleias são provocadas pelo aumento da pressão arterial e a dor torácica surge como reacção ao dialisador, também denominada como a síndrome de primeiro uso.

Os resultados obtidos revelaram também que metade da amostra faz tratamento/medicação para aliviar a dor, destacando-se a toma de paracetamol, a aplicação de pomadas e de calor, como medidas eficazes. A este respeito, interessa relevar a intervenção do enfermeiro, na medida em que se este profissional pode auxiliar o doente na identificação dos tipos de dor, no sentido de promover estratégias, farmacológicas ou não, para o seu alívio (Marques et al., 2016; Silva, 2020).

## CONCLUSÃO

Neste estudo avaliamos a prevalência da dor através de um instrumento validado (BPI) chegando às seguintes considerações:

- Verificamos que quem realiza HD há mais tempo é mais suscetível a dor não comum;
- A maioria dos doentes renais crónicos (DRC) refere sentir dor não comum durante o tratamento e se arrasta até casa;
- São os DRC em HD que referem sentir dor mais intensa no momento actual;
- Os doentes com dor óssea são os mais queixosos.
- A prevalência da dor sentida na última semana é significativa para a maioria dos DRC (65% em 100%), enquanto no momento da aplicação do inventário, 80% afirmou não ter dor.
- Quanto ao alívio da dor constatamos que são os hemodialisados há mais tempo que manifestam mais alívio bem como os que a dor não persiste no domicílio.

- Os doentes com menos tempo de tratamento referem maior interferência da dor nos campos de vida, o mesmo se constata com os doentes portadores de Cateter Venoso Central que se referem mais queixosos quanto à interferência no campo da vida e no trabalho normal.

Perante os resultados encontrados, verificamos a urgência em contribuir, planear e melhorar os cuidados ao DRC na tentativa de promover melhor qualidade de vida e um maior conforto durante as sessões de HD.

Não devemos descurar esta problemática, para que se evolua ao nível da estrutura concetual da prática de cuidados, sempre na tentativa de uma melhoria contínua, direcionada ao indivíduo, família e comunidade.

## BIBLIOGRAFIA

Autoridade da Concorrência. (2020).

Análise às condições de concorrência na prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal. <https://www.concorrencia.pt/sites/default/files/importedmedia/Análise%20às%20condições%20de%20concorrência%20na%20prestação%20de%20dados%20de%20hemodiálise%20em%20Portugal.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.

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-tools/BPI>

David, M. (2015). *Os perfis de autocuidado das pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise e a sua perceção da qualidade de vida* [Dissertação de mestrado]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia.

Fielding, C. (2019). Haemodialysis. In N. Thomas (Ed.), *Renal Nursing - care and management of people with kidney disease* (pp. 179-233). Oxford: WileyBlackwell.

- 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
- 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>
- Mira, A., Garagarza, C., Correia, F., Fonseca, I., & Rodrigues, R. (2017). *Manual de Nutrição e Doença Renal*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Neves, P., Sesso, C., Thomé, F., Lugon, J., & Nascimento, M. (2020) Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. *Braz. J. Nephrol.*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 191-200 <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise – Guia Orientador de Boa Prática. Porto: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-36-3
- Pereira, H. (2018). *Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa da Pessoa em Programa Regular de Hemodiálise* [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Pretto, 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
- Sadigova, E., Ozkurt, S., & Yalcin, A. (2020). Pain Assessment in Hemodialysis Patients. *Cureus*, 12(2), e6903. DOI 10.7759/cureus.6903
- Silva, F., Melo, G., Santos, R., Silva, R., Aguiar, L., & Caetano, J. (2020). Avaliação da dor em pacientes com insuficiência renal crónica em hemodiálise. *Revista RENE*, 21, e43685. DOI: 10.15253/2175-6783.20202143685
- 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>

Teodózio, A., Santos, M., Reis, R. & Bezerra, D. (2018) O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS E ORIENTAÇÕES FRENTE AO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA. *Revista Hórus*, v.13, n.1, p.14-27, 2018. 4421-47966035-2-PB.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>

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>

## TABELAS

**Tabela 1- Características Sociodemográficas dos indivíduos da amostra**

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
Proveniência	Rural	77	55,0
	Urbano	63	45,0
		140	100
Estado Civil	Solteiro	12	8,6
	Casado/União de facto	92	65,7
	Divorciado/Separado	14	10,0
	Viúvo	22	15,7
		140	100
Com quem vive	Sozinho	21	15,0
	Cônjuge/companheiro	73	52,1
	Cônjuge e filhos	18	12,9
	Pais	5	3,6
	Outros	23	16,4
		140	100
Grau de escolaridade	Nenhum	8	5,7
	1º Ciclo	102	72,9
	2º ou 3º Ciclo	14	10,0
	Secundário ou Superior	16	11,4
		140	100

Situação Profissional	Ativo (trabalhador por conta própria ou de outrem)	20	14,3
	Não ativo (Reformado)	120	85,7
		140	100
Rendimento Mensal	Até 250€	15	10,7
	Rendimentos de 250€ a 500€	75	53,6
	Rendimentos de 500€ a 1000€	28	20,0
	Rendimentos superiores a 1000€	22	15,7
		140	100
Crenças Religiosas	Sim	140	100
	Não	0	0
		140	100

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

**Tabela 2–** Relação entre a dor não comum e variáveis clínicas

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

X<sup>2</sup> (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova);<sup>a</sup> – utilização do teste exato de Fisher

**Tabela 3–** Caracterização da intensidade e interferência da dor não comum por tipo de dor.

Dor (n=91)	Tipo de dor	$\bar{X}$	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Óssea	6,48	1,99	-0,480
	Visceral	6,25	1,96	(0,631)
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Óssea	4,06	1,55	-0,480

	Visceral	<b>4,33</b>	1,15	(0,631)
Dor média na última semana (1 a 10)	Óssea	<b>4,85</b>	1,19	-0,588
	Visceral	<b>4,58</b>	1,31	(0,588)
Dor neste momento (1 a 10)	Óssea	<b>2,37</b>	2,35	-1,097
	Visceral	<b>1,58</b>	1,51	(0,273)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Óssea	<b>70,17</b>	22,17	-0,825
	Visceral	<b>76,00</b>	20,66	(0,409)
Atividade geral (0 a 10)	Óssea	<b>4,43</b>	2,85	-2,362
	Visceral	<b>2,08</b>	2,68	(0,018)
Disposição (0 a 10)	Óssea	<b>3,15</b>	2,65	-1,948
	Visceral	<b>4,58</b>	2,19	(0,051)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Óssea	<b>3,91</b>	3,03	-0,613
	Visceral	<b>3,25</b>	2,38	(0,540)
Trabalho normal (0 a 10)	Óssea	<b>3,42</b>	3,02	-0,871
	Visceral	<b>2,58</b>	2,39	(0,384)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Óssea	<b>2,20</b>	2,53	-0,080
	Visceral	<b>2,08</b>	2,07	(0,936)
Sono (0 a 10)	Óssea	<b>2,70</b>	3,24	-1,133
	Visceral	<b>1,67</b>	2,57	(0,257)
Prazer de viver (0 a 10)	Óssea	<b>1,68</b>	2,73	-1,097
	Visceral	<b>2,08</b>	2,35	(0,273)

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

**Tabela 4-** Caracterização da intensidade e interferência da dor não comum por tempo de realização da hemodiálise

Dor (n=91)	Tempo de Realização de HD	$\bar{X}$	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Até 2 anos	5,78	1,83	5,096 (0,078)
	De 2 a 6 anos	<b>6,89</b>	1,77	
	Mais de 6 anos	6,36	2,30	
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Até 2 anos	3,70	1,64	1,575 (0,455)
	De 2 a 6 anos	<b>4,21</b>	1,34	
	Mais de 6 anos	<b>4,21</b>	1,62	
Dor média na última semana (1 a 10)	Até 2 anos	4,48	1,38	3,472 (0,176)
	De 2 a 6 anos	<b>5,08</b>	1,08	
	Mais de 6 anos	4,71	1,21	
Dor neste momento (1 a 10)	Até 2 anos	1,87	1,98	6,190 (0,045)
	De 2 a 6 anos	<b>2,89</b>	2,47	
	Mais de 6 anos	1,82	2,13	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Até 2 anos	70,00	23,45	0,495 (0,781)
	De 2 a 6 anos	68,52	22,14	
	Mais de 6 anos	<b>72,96</b>	21,98	
Atividade geral (0 a 10)	Até 2 anos	4,35	3,16	8,443 (0,015)
	De 2 a 6 anos	<b>4,95</b>	2,64	
	Mais de 6 anos	2,75	2,78	
Disposição (0 a 10)	Até 2 anos	<b>4,04</b>	2,84	1,801 (0,406)
	De 2 a 6 anos	3,03	2,70	
	Mais de 6 anos	3,18	2,44	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Até 2 anos	<b>4,09</b>	2,52	2,039 (0,361)
	De 2 a 6 anos	4,08	3,06	
	Mais de 6 anos	3,21	3,24	

Trabalho normal (0 a 10)	Até 2 anos	<b>4,26</b>	2,91	3,106 (0,212)
	De 2 a 6 anos	3,08	3,16	
	Mais de 6 anos	2,82	2,71	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Até 2 anos	<b>3,04</b>	2,85	3,841 (0,147)
	De 2 a 6 anos	2,00	2,50	
	Mais de 6 anos	1,64	1,99	
Sono (0 a 10)	Até 2 anos	<b>2,96</b>	3,24	0,854 (0,653)
	De 2 a 6 anos	2,21	3,14	
	Mais de 6 anos	2,54	3,25	
Prazer de viver (0 a 10)	Até 2 anos	<b>2,09</b>	2,73	2,866 (0,239)
	De 2 a 6 anos	1,34	2,45	
	Mais de 6 anos	1,96	2,97	

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

**Tabela 5-** Caracterização da intensidade e interferência da dor não comum por tipo de acesso

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

**Tabela 6-** Caracterização da intensidade e interferência da dor não comum por sintomatologia da dor durante o tratamento

Dor (n=91)	Sente dor durante o tratamento	$\bar{X}$	s	Z (p)
------------	--------------------------------	-----------	---	-------



Dor máxima na última semana (1 a 10)	Sim	<b>6,74</b>	1,84	-2,165
	Não	5,77	2,07	(0,030)
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Sim	<b>4,34</b>	1,50	-2,625
	Não	3,45	1,26	(0,009)
Dor média na última semana (1 a 10)	Sim	<b>4,97</b>	1,11	-1,565
	Não	4,45	1,30	(0,117)
Dor neste momento (1 a 10)	Sim	<b>2,47</b>	2,44	-1,466
	Não	1,68	1,55	(0,143)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Sim	<b>68,85</b>	21,57	-1,238
	Não	<b>76,25</b>	22,17	(0,216)
Atividade geral (0 a 10)	Sim	<b>4,13</b>	3,00	-0,010
	Não	4,05	2,80	(0,992)
Disposição (0 a 10)	Sim	3,18	2,64	-0,993
	Não	<b>3,77</b>	2,64	(0,321)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Sim	3,79	3,03	-0,019
	Não	<b>3,82</b>	2,82	(0,985)
Trabalho normal (0 a 10)	Sim	<b>3,37</b>	3,01	-0,428
	Não	3,00	2,81	(0,669)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Sim	2,10	2,46	-0,745
	Não	<b>2,55</b>	2,52	(0,456)
Sono (0 a 10)	Sim	<b>2,68</b>	3,28	-0,362
	Não	2,32	2,85	(0,717)
Prazer de viver (0 a 10)	Sim	1,72	2,81	-1,051
	Não	<b>1,86</b>	2,29	(0,293)

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