

Avaliação da dor em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise

Assessment of pain in chronic renal failure patients going through hemodialysis

Como citar este artigo:


Silva FLB, Melo GAA, Santos RC, Silva RA, Aguiar LL, Caetano JA. Assessment of pain in chronic renal failure patients going through hemodialysis. Rev Rene. 2020;21:e43685. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143685>

 Fabiana Larissa Barbosa da Silva¹

 Geórgia Alcântara Alencar Melo¹

 Regilane Cordeiro dos Santos¹

 Renan Alves Silva²

 Letícia Lima Aguiar¹

 Joselany Áfio Caetano¹

¹Universidade Federal do Ceará.
Fortaleza, CE, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo.
São Mateus, ES, Brasil.

Autor correspondente:

Renan Alves Silva
Universidade Federal do Espírito Santo,
Centro de Ciências da Saúde, BR-101, km 60
CEP: 29932-540. Litorâneo,
São Mateus, ES, Brasil.
E-mail: renan.dehon@gmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar a dor e as diferenças desta avaliação com variáveis sociais, econômicas e clínicas em indivíduos com doença renal crônica. **Métodos:** estudo transversal, com 90 pacientes em clínicas de hemodiálise. Foram utilizados três instrumentos: clínico/sociodemográfico, a escala visual analógica de dor e o questionário de dor McGill. Utilizou-se os testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. **Resultados:** o tipo de dor mais frequente foi a musculoesquelética (35,6%), classificada como moderada pela escala visual analógica de dor. No questionário de McGill, as categorias mais selecionadas foram sensoriais e afetivas, que caracterizam a dor como aguda e fina. Foram encontradas diferenças estatísticas significativas nas medianas da dor com renda familiar, fonte de renda, uso de analgésicos/anti-inflamatórios, uso de acupuntura e prejuízo do sono. **Conclusão:** a dor foi um resultado recorrente em várias regiões do corpo entre pacientes com insuficiência renal crônica.

Descritores: Dor; Falência Renal Crônica; Diálise Renal; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to assess the pain and the differences of this assessment with social, economic and clinical variables in individuals with chronic kidney disease. **Methods:** cross-sectional study, with 90 patients with hemodialysis clinics. Three instruments were used clinical/sociodemographic, visual analogue pain scale and McGill pain questionnaire. Mann-Whitney and Kruskal-Wallis U tests were used. **Results:** the most frequent kind of pain was musculoskeletal (35.6%), which was classified as moderate by using the visual analogue pain scale. In McGill's questionnaire, the most selected categories were sensory and affective, which characterize pain as acute and thin. Significant statistical differences in medians of pain were found with family income, source of income, use of analgesics/anti-inflammatories, use of acupuncture and impaired sleep. **Conclusion:** pain was a recurrent result in various regions of the body among patients with chronic renal failure.

Descriptors: Pain; Kidney Failure, Chronic; Renal Dialysis; Nursing.

Introdução

Existem inúmeros sintomas vivenciados por indivíduos com doença renal crônica (DRC), após o início da terapia dialítica, que pode desencadear várias complicações, incluindo hipotensão, câibras musculares, náusea e vômito, dor de cabeça, dor torácica, dor lombar, prurido, calafrios e hipertensão, ambos associados à dor⁽¹⁾.

Os pacientes relatam que a dor é um dos principais sintomas, considerada uma experiência sensorial e afetiva desagradável, associada a danos reais ou potenciais ao tecido, ou descrita em termos de tais danos, e cada indivíduo pode senti-la de maneira diferente. É classificada como aguda ou crônica. A dor aguda pode durar minutos, dias ou semanas e geralmente está associada a infecções, trauma ou outras doenças e ocorre quando os estímulos de dor terminam enquanto a dor crônica dura três ou mais meses e é frequentemente associada a doenças crônicas ou lesões com cicatrização incompleta⁽²⁾.

Há ocorrência mundial de 30 a 40,0% de doenças crônicas na população em geral, que apresenta demanda cinco vezes maior por serviços de saúde⁽²⁾. Nesse sentido, é indispensável avaliar a dor em grupos específicos, incluindo a aplicação de escalas de medida da dor, para desenvolver intervenções adequadas e potencialmente estabelecer terapias não farmacológicas⁽³⁾.

Como a dor em pacientes com DRC é uma questão importante, muitas escalas são propostas e amplamente utilizadas, especialmente a Escala Visual Analógica da Dor (EVA) e o Questionário de dor de McGill (MPQ)⁽⁴⁾. O autorrelato de intensidade usando a escala padrão de dor é uma característica definidora da dor crônica e aguda. No entanto, no Brasil, essas pesquisas são utilizadas de maneira não sistemática; em outras palavras, apenas em situações específicas.

Nesse sentido, um estudo relata que os enfermeiros e suas equipes apresentam uma grande lacuna no atendimento aos pacientes em hemodiálise. Além de exigir conhecimento sobre todo o processo de te-

rapia dialítica, a equipe também deve estar preparada para ensinar aos pacientes as principais complicações da doença para adaptá-los à sua nova realidade, além de considerar a perspectiva da família antes do tratamento. Ainda assim, devem estar atentos às complicações do tratamento, utilizando a abordagem educativa e o uso de terapias alternativas para aliviar os sintomas⁽⁵⁾.

Um estudo qualitativo⁽⁶⁾ realizado no Canadá com enfermeiros nefrologistas, no qual buscou-se avaliar tratamento da dor crônica, identificou-a como um fenômeno complexo, principalmente em pacientes idosos. Ainda, verificou-se que é necessário que os enfermeiros analisem se essa dor está associada à hemodiálise, insuficiência renal ou outras comorbidades. Relataram que o tratamento da dor em hemodiálise requer muito tempo na avaliação e controle, sendo difícil de ser avaliada devido à dimensão profissional que resulta em sobrecarga. Portanto, eles escolheram intervenções simplesmente para proporcionar ao paciente um conforto momentâneo. Em vista deste estudo, foi possível verificar a ausência do uso de instrumentos para medir e tratar a dor de maneira numérica e multidimensional.

Assim, considerando as limitações da literatura científica em relação a este tópico e com o objetivo de atender às necessidades de pacientes com doença renal crônica, é adequado investigar as principais características da dor que acomete esses pacientes por meio de instrumentos padronizados, considerando a forma numérica e multidimensional; bem como analisar se os instrumentos escolhidos mostram semelhanças em termos de sua capacidade de examinar a dor com as associações das características sociais, econômicas e clínicas desses indivíduos.

Reconhece-se que estudos desse tipo podem favorecer que os enfermeiros nefrologistas a avaliar as características da dor, as relações com variáveis sociais, econômicas e clínicas relacionadas à terapia dialítica, o que promove a manifestação da dor em pacientes com insuficiência renal crônica⁽⁷⁾.

O objetivo do estudo foi avaliar a dor e as di-

ferenças dessa avaliação com variáveis sociais, econômicas e clínicas em indivíduos com doença renal crônica.

Métodos

Estudo transversal, descritivo e quantitativo. Realizado em duas clínicas de hemodiálise na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre maio e junho de 2018. A amostra foi constituída por pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. E preencheram as seguintes condições de inclusão: maiores de 18 anos, em tratamento por três ou mais meses e com dor moderada em algum momento na avaliação da dor na EVA. Foram excluídos da amostra pacientes com deficiência visual e/ou auditiva ou com distúrbios psiquiátricos.

Considerando que essas clínicas possuíam 116 pacientes renais crônicos, observou-se que 26 não atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, uma vez que oito tinham menos de 18 anos, dez tinham menos de três meses de tratamento, quatro apresentavam deficiência auditiva, dois com deficiências visuais e dois transtornos psiquiátricos. Assim, investigou-se informações de 90 pacientes renais crônicos.

Neste estudo, um questionário contendo características sociodemográficas e clínicas da doença foi usado, EVA e MPQ. Um instrumento para coletar dados sociodemográficos e clínicos foi utilizado para extrair dados para este estudo; foi identificado idade, sexo, ocupação, cor da pele, renda individual e familiar, número de familiares, estado civil, escolaridade, religião, tipo de transporte utilizado e tempo de viagem até a clínica.

Neste estudo, foi aplicado um questionário contendo características sociodemográficas e clínicas da doença (idade, sexo, ocupação, cor da pele, renda individual e familiar, número de membros da família, estado civil, educação, religião, tipo de transporte utilizado e tempo de viagem até a clínica, tempo de tratamento dialítico, presença de prurido ou constipação, quantidade de ingestão de água, ganho

médio diário de peso, sono prejudicado, presença de dor, tipo, localização e duração da dor e uso de medicamentos ou outras terapias para alívio da dor), EVA e MPQ foram utilizados para este estudo.

A EVA contém rostos calmos e tristes para expressar dor e uma grade numérica correspondente dividida de zero a dois como leve, três a sete como moderado e oito a dez como intenso. Os participantes levaram em média três minutos para medir sua dor nessa escala⁽⁴⁾.

O MPQ considera aspectos espaciais, emocionais e sensíveis da dor por sua caracterização através da associação de descritores. Cada descritor possui um conjunto de outras palavras (subgrupos) para facilitar a identificação da dor. São utilizados os seguintes descritores: sensorial discriminativo (subgrupos - 1 a 10), afetivo motivacional (subgrupos - 11 a 15), avaliador cognitivo (subgrupo - 16) e diversos (subgrupos - 17 a 20). O índice numérico dos descritores é a caracterização da dor, onde cada paciente pode escolher apenas uma palavra para cada subgrupo para uma soma máxima de 20. O índice de dor é composto da soma total dos valores dos descritores de intensidade e varia de 0 a 78⁽⁴⁾. Cabe ressaltar que este instrumento não possui um ponto de corte para inferir o nível de dor.

Os pacientes que preencheram as condições de inclusão foram abordados pessoalmente pelo pesquisador no momento da diálise. Após aceitarem o convite para participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, respondendo aos formulários dos instrumentos de coleta de dados em tempo médio de 30 minutos.

Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences Software* - 20.0, por análise descritiva, teste U de Mann-Whitney e o de Kruskal-Wallis. Assim, o U de Mann-Whitney é indicado para comparar dois grupos não pareados para verificar se pertencem ou não à mesma população quando não apresentam distribuição normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi verificado se há evidências para acreditar que os valores de um grupo são maiores que os valores de outro grupo. O teste U é considerado a

versão não paramétrica do teste t, para amostras independentes. Diferentemente do teste t, que mensura a igualdade de médias, o U de Mann-Whitney analisa a igualdade de medianas. Em relação ao teste de Kruskal-Wallis, é um teste não paramétrico para verificar se as amostras são originárias da mesma distribuição. É usado para comparar duas ou mais amostras, independentemente do mesmo ou de tamanhos diferentes. Ele estende o teste U de Mann-Whitney quando há mais de dois grupos.

O MPQ teve dois tipos de análises. Após o teste de Kruskal-Wallis, foi aplicado o teste de comparação múltipla de Dunn, usado se e somente se o teste de Kruskal-Wallis permitir rejeitar a hipótese nula. Uma análise abordou o descritor com maior recorrência em cada categoria, para determinar qual deles melhor caracterizou a dor dos pacientes. Na segunda análise, avaliou se o resultado total da escala ou o resultado da categoria individual foram os melhores para definir a dor dessa população. Para todos os testes, as associações foram consideradas significativas quando $p < 0,05$.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, respeitou as normas nacionais e internacionais de pesquisa que envolvem seres humanos (número 2.657.655/2018).

Resultados

A amostra foi composta por 53 homens e 37 mulheres, com predomínio de pacientes na faixa etária de 41 a 60 anos (45,6%); cor de pele parda 46 (51,1%); católicos 55 (61,1%); solteiros 46 (51,1%); escolaridade inferior a oito anos de estudo 46 (51,1%); renda recebida com auxílio a doenças 45 (50,6%); e ter renda familiar 35 (35,8%) e individual (84,4%) menor ou igual ao salário mínimo.

Quanto à localização da dor, houve maior predomínio da musculoesquelética (35,5%), seguida por dor na região torácica (22,2%), nas articulações (21,1%) e cefaleia (11,1%). Menos prevalente foi a dor

emocional, sendo relatada por apenas dois (2,2%).

A intensidade da dor de acordo com a EVA foi considerada predominantemente moderada (67,8%), seguida de intensa (27,8%) e leve (4,4%). O índice de dor dos pacientes com doença renal crônica em diálise, segundo o questionário de McGill, variou de 9 a 52. Além disso, apenas um paciente apresentou um índice de 52, o valor máximo obtido neste estudo.

Os descritores mais frequentes do questionário de McGill foram latejante, pontada, como perfuração de agulha, fino, um aperto, como se estivesse sendo fígado, sensação de queimação, formigamento, dor e sensibilidade. Os descritores de pontada (58,8%), sensível (57,7%) e fina (56,6%) foram os que melhor descreveram a dor dos pacientes. Na categoria afetiva, a dor foi mais frequentemente descrita como exaustiva (74,4%) e nauseante (65,5%). A categoria avaliativa mostra como a dor afeta a vida do paciente; neste estudo, a dor foi considerada perturbadora (32,2%) e irritante (31,1%). Na categoria diversa, a dor foi descrita como "incômoda" (58,8%) e dor que aperta (40,0%). Entre as quatro categorias do questionário de dor de McGill, as que melhor descreveram a dor dos pacientes com DRC foram as categorias sensoriais e afetivas.

Avaliando a dor pelo MPQ, houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis de renda familiar acima de três salários mínimos e fonte de renda (Tabela 1). A comparação múltipla pelo teste de Tukey indicou que, para dor multidimensional, as diferenças foram estatisticamente significantes entre os pacientes com renda familiar ≤ 1 salário mínimo ($x=22$) e aqueles com até dois salários ($x=17$, $p=0,028$), sem diferença entre aqueles que tinham menos de um salário e aqueles que tinham três ou mais salários ($x=22$, $p=0,687$). Quanto à fonte de renda, houve diferença estatisticamente significativa entre aqueles sem renda ($x=35$) e aposentados ($x=19$, $p=0,023$); assim como entre os que não têm renda e recebem benefícios ($x=20$, $p=0,027$). Observa-se que não houve diferença entre as medianas entre os grupos quando avaliadas pelo EVA (Tabela 1).

Tabela 1 – Diferença de medianas entre dados sociodemográficos e avaliação da dor utilizando a Escala Visual Analógica e o Questionário de Dor de McGill em pacientes com doença renal crônica em diálise. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Variáveis	n (%)	Questionário de Dor de McGill Mediana (Mín - Máx)	p-valor	Escala Visual Analógica (Mín - Máx)	p-valor
Sexo*					
Feminino	37 (41,1)	19 (13 - 28)	0,758	7 (6 - 8)	0,146
Masculino	53 (58,9)	20 (16 - 26)		6 (5 - 8)	
Faixa etária (anos)†					
18-20	1 (1,1)	27 (27 - 27)	0,707	3 (3 - 3)	0,316
21-40	21 (24,4)	18 (15 - 26)		6 (5 - 8)	
41-60	41 (45,6)	21 (15 - 30)		7 (5 - 8)	
> 60	26 (28,9)	19 (17 - 22)		6 (5 - 8)	
Estado civil†					
Casado	44 (48,9)	19 (15 - 25)	0,468	7 (5 - 8)	0,963
Solteiro	46 (51,1)	21 (15 - 28)		7 (5 - 8)	
Nível de Escolaridade(anos)†					
< 8	46 (51,1)	20 (16 - 27)	0,433	7 (5 - 8)	0,47
8 - 12	31 (34,4)	22 (15 - 27)		7 (5 - 8)	
≥13	13 (14,4)	18 (16 - 20)		5 (5 - 7)	
Renda Individual (salário mínimo)†					
≤1	76 (84,4)	20 (15 - 27)	0,890	7 (5 - 8)	0,181
2	11 (12,2)	19 (16 - 22)		6 (4 - 8)	
≥3	3 (3,3)	19 (13 - 25)		4 (2 - 7)	
Renda Familiar (salário mínimo)†					
≤1	35 (35,8)	22 (17 - 28)	0,031	7 (5 - 9)	0,251
2	28 (31,1)	17 (13 - 21)		7 (5 - 10)	
≥3	27 (30,0)	22 (16 - 30)		6 (4 - 7)	
Fonte de Renda†					
Aposentado	38 (42,7)	19 (15 - 24)	0,049	6 (5 - 8)	0,178
Sem renda	6 (6,7)	35 (24 - 41)		9 (6 - 10)	
Recebe benefício	45 (50,6)	20 (15 - 26)		7 (5 - 8)	

*Teste U de Mann-Whitney; †teste de Kruskal-Wallis

Houve diferença significativa entre as medianas com dor medidas pelo MPQ nas variáveis uso de analgésicos/antiinflamatórios e uso de acupuntura no

tratamento da dor. Somente o sono prejudicado apresentou diferença estatisticamente significativa nas medianas com dor utilizando a EVA (p=0,026) (Tabela 2).

Tabela 2 – Diferença de medianas entre variáveis clínicas e avaliação da dor utilizando a Escala Visual Analógica e o Questionário de Dor de McGill em pacientes com doença renal crônica em diálise. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Variáveis	n (%)	Questionário de Dor de McGill Mediana (Mín – Máx)	p-valor	Escala Visual Analógica(Mín – Máx)	p-valor
Tipo de acesso*					
Fistula arteriovenosa	72(80,9)	19(15-26)	0,720	7(5-8)	0,909
Permcath	11(12,4)	22(16-29)		7(5-9)	
Cateter de hemodiálise	6 (6,7)	16(15-23)		6(5-10)	
Presença de prurido [†]					
Sim	19(21,3)	20(17-26)	0,348	6(5-9)	0,73
Não	72(80,9)	19(15-27)		7(5-8)	
Presença de Constipação [†]					
Sim	35(38,9)	19(15-27)	0,660	7(5-9)	0,927
Não	57(63,3)	21(16-26)		7(5-8)	
Sono prejudicado [†]					
Sim	62 (69,0)	18(15-25)	0,618	7(7-9)	0,026
Não	28(31,0)	20(16-27)		6(5-8)	
Dor afeta qualidade de vida [†]					
Sim	24 (26,6)	17(14-22)	0,055	7(5-10)	0,368
Não	66 (73,3)	20(16-29)		7(5-8)	
Realizou alguma atividade física para reduzir a dor [†]					
Sim	23 (25,6)	19(15-26)	0,594	7(5-9)	0,136
Não	67 (74,4)	20(15-27)		7(5-7)	
Uso of analgésicos/anti-inflamatórios para dor [†]					
Sim	28 (31,1)	21(16-30)	0,046	7(5-9)	0,553
Não	62 (68,9)	18(15-22)		7(5-8)	
Uso de acupuntura para dor [†]					
Sim	28 (31,1)	18(15-22)	0,046	7(5-8)	0,553
Não	62 (68,9)	21(16-30)		7(5-9)	

*Teste de Kruskal-Wallis; [†]Teste U de Mann-Whitney

Discussão

É essencial destacar que este estudo teve limitações. A aplicação do MPQ foi considerada difícil para alguns indivíduos com baixa escolaridade, sendo necessário decifrar alguns dos descritores, apesar de os pesquisadores terem sido treinados anteriormente. O tamanho da amostra é estabelecido como uma limitação, uma vez que a população presente nas duas clínicas foi inferior às estimativas para o cálculo

amostral, optando-se pela amostra de conveniência.

Os resultados encontrados neste estudo podem contribuir para a avaliação e tratamento da dor em pacientes renais crônicos; em que se observou que a maioria das dores eram musculoesqueléticas. Ainda, verificou-se que o sono prejudicado estava relacionado a essa condição. Assim, intervenções no gerenciamento de máquinas podem ser adequadas para con-

trolar ou reduzir; bem como intervenções de higiene do sono podem ser oportunas para controlar esse padrão de dor.

A caracterização da dor em pacientes renais crônicos em diálise foi descrita como uma pontada sensível, fina, que incomoda, exaustiva e irritante. O descritor “que incomoda” corresponde à avaliação dos pacientes sobre como a dor afetou sua vida e, para confirmar essa interpretação, a EVA mostrou que essa dor apresentava intensidade moderada.

A dor predominante nos pacientes com DRC deste estudo foi moderada, como demonstrado em outro estudo que infere a presença de dor moderada a intensa em indivíduos em diálise⁽⁸⁾. No entanto, a dor leve não deve ser subestimada, porque a dor é subjetiva e cada indivíduo apresenta respostas diferentes à dor. Esses resultados divergem de outros estudos que demonstraram uma situação em que pacientes com dor crônica, que usavam principalmente analgésicos, apresentaram melhora da dor, além do desenvolvimento favorável das atividades da vida diária⁽⁹⁾.

A equipe de enfermagem deve estar ciente da dependência desses pacientes em relação aos medicamentos e apontar que outras terapias não-farmacológicas, consideradas complementares ou alternativas, são eficazes na redução da dor. O estudo relata em várias diretrizes que a acupuntura quando usada provou ser eficaz na redução da dor crônica.

A dor representou aproximadamente 40,0% do total de queixas apresentadas pelos pacientes com DRC em diálise⁽¹⁰⁾ e grande parte desses sintomas dolorosos ocorreu devido a um mecanismo fisiopatológico conhecido, podendo, portanto, ser adequadamente tratado durante o tratamento dialítico: a dor musculoesquelética que se segue, câibras resultantes da remoção rápida de fluidos corporais, dores de cabeça associadas à pressão arterial alta e dor torácica que ocorre durante a chamada síndrome de reação (anteriormente conhecida como síndrome de primeiro uso) ao dialisador⁽¹¹⁾.

Nesse contexto, é muito importante reconhecer o quadro de dor provocado pelas alterações que ocor-

rem em pacientes com DRC. Esses pacientes costumam sofrer alterações ósseas agrupadas sob o termo Osteodistrofia Renal, que engloba os distúrbios esqueléticos secundários que se originam das alterações no metabolismo do cálcio e do fósforo e as consequentes remodelações ósseas⁽¹²⁾. Isso pode provocar dores difusas e progressivas que atingem a coluna, joelhos, tornozelos e coxas e podem resultar em total imobilidade.

Outro motivo para dores ósseas e musculares é a síndrome musculoesquelética que se manifesta em pacientes em diálise há muitos anos e pode ser provocada pela deposição de amilóide e beta 2-microglobulina⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Outros tipos de dores, como manifestações de dor neuropática por danos nos nervos, também estão presentes; no entanto, a intensidade, incapacidade, dano físico e fatores emocionais e ocupacionais relacionados às dores na DRC não foram encontrados na literatura nacional⁽¹³⁾. Portanto, é necessário compreender o impacto da dor crônica e suas consequências na população com DRC, pois são frequentemente subestimadas.

A dor musculoesquelética relatada neste estudo também foi observada em outros estudos como a dor mais frequente. Em relação à avaliação da dor pelo MPQ, as categorias sensoriais e afetivas foram as que apresentaram os maiores escores. Essa prevalência também foi evidente em outros estudos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Além disso, é oportuno destacar que essas categorias também possuem um número maior de descritores, levando a uma pontuação maior.

A maioria dos participantes do estudo usava fístula arteriovenosa. Apesar de não mostrar diferença estatisticamente significativa, mostrou-se que o tipo de acesso com maior pontuação de dor foi *Permcath*®. Estudo recente confirma apenas que a localização e o tipo de punção realizada têm uma estreita relação com o nível de dor⁽⁸⁾. Consequentemente, a equipe de enfermagem deve estar ciente de que tipo de punção causará menos dor ao paciente em relação ao dispositivo escolhido para manutenção da terapia dialítica.

Em relação aos dados clínicos, houve maior

prevalência de sintomas como comprometimento do sono. Este último mostrou diferença estatisticamente significativa com a dor medida pelo EVA ($p < 0,026$). Outro estudo constatou que a maioria dos pacientes com DRC apresentava essa dificuldade⁽¹⁷⁾. Portanto, a literatura recomenda que o indivíduo descanse de seis a oito horas de sono por noite. Uma média menor que isso aumenta a sensibilidade de um indivíduo à dor no dia seguinte⁽²⁾; portanto, a baixa qualidade do sono pode elevar os níveis de dor⁽¹¹⁾. Assim, a equipe de enfermagem deve proporcionar um ambiente calmo e confortável para esses pacientes, tornando o tempo de diálise um tempo de descanso⁽¹⁾.

Estudos realizados dentro e fora do Brasil relataram que pacientes com insuficiência renal crônica possuem renda individual e familiar menor ou igual ao salário mínimo⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Esta pesquisa confirma essas informações e, ao relacionar renda com a escala de dor, é possível observar que pacientes com baixa renda apresentaram um nível de dor superior aos que receberam mais que o salário mínimo; portanto, mostrando diferença estatisticamente significativa entre renda e dor avaliada pelo MPQ.

A maioria das populações em diálise não trabalha, principalmente devido ao tempo gasto nos centros de hemodiálise e, portanto, fica dependente dos benefícios do governo ou da renda familiar⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Pacientes desempregados possuíam uma maior predisposição de demonstrar dor, uma vez que a dor envolve emoções, e cada indivíduo pode senti-la de maneiras diferentes. Portanto, está comprovado que o desemprego tem relação estatística com a dor⁽¹⁸⁾.

Em relação às escalas aplicadas, observou-se que o instrumento multidimensional apresentou diferenças estatisticamente significantes entre variáveis relacionadas à renda e fonte de renda, uso de analgésicos e terapias complementares para redução da dor. Quanto a EVA, houve diferença no sono prejudicado. Assim, parece que as duas escalas não apresentaram diferenças estatísticas semelhantes com as variáveis estudadas. No entanto, nota-se que a escala afetiva tem forte relação com variáveis relacionadas a pro-

cupações emocionais que afetam diretamente o nível de dor, enquanto a escala numérica está relacionada a distúrbios fisiológicos.

Neste estudo, também foi possível observar que a dor pode causar desconforto físico ou ansiedade e depressão geralmente resulta em distúrbios do sono. Assim, quando inesperadamente as pessoas enfrentam dor crônica, podem desencadear manifestações físicas, emocionais e sociais, afetando o padrão de sono e repouso, fato que inevitavelmente pode agravar a dor em pacientes renais crônicos.

Conclusão

As principais dores foram musculoesqueléticas e torácicas, com intensidade moderada, descritas como pontadas finas, exaustivas e perturbadoras. A variável clínica que apresentou diferença estatisticamente significativa para dor numérica foi sono prejudicado. Ao comparar os dados sociodemográficos com o questionário McGill, foi revelada uma diferença média com as seguintes variáveis: fonte de renda, renda familiar, uso de analgésicos/antiinflamatórios e uso de acupuntura. Observa-se que ambas as escalas não foram capazes de relacionar as mesmas variáveis estudadas.

Colaborações

Silva FLB e Santos RC contribuíram na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados. Melo GAA, Silva RA, Aguiar LL e Caetano JA contribuíram na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Melo GAA, Aguiar LL, Silva RA, Quirino GS, Pinheiro AKB, Caetano JA. Factors related to impaired comfort in chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(4):889-95. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0120>

2. Raffaelli W, Arnaudo E. Pain as a disease: an overview. *J Pain Res.* 2017; 10:2003-8. doi: <https://doi.org/10.2147/JPR.S138864>
3. Mello BS, Almeida MA, Pruinelli L, Lucena AF. Nursing outcomes for pain assessment of patients undergoing palliative care. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(1):70-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0307>
4. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Analysis of the applicability of different pain questionnaires in three hospital settings: outpatient clinic, ward and emergency unit. *Rev Bras Reumatol.* 2011; 51(4):304-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002>
5. Silva FRC, Santos MS, Sousa PV, Pereira RG, Silva FWT. Enfermagem e as complicações frequentes durante o tratamento hemodialítico: revisão da literatura. *Rev Ciênc Saberes-Facema [Internet].* 2016 [cited Feb 29, 2020];2(2):207-11. Available from: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/84/51>
6. Bourbonnais FF, Tousignant KF. Experiences of nephrology nurses in assessing and managing pain in patients receiving maintenance hemodialysis. *Nephrol Nurs J.* 2020; 47(1):37-44. <https://doi.org/10.37526.1526-744X.2020.47.1.37>
7. Santos FAA, Souza JB, Antes DL, D'Orsi E. Prevalence of chronic pain and its association with the sociodemographic situation and physical activity in leisure of elderly in Florianópolis, Santa Catarina: population-based study. *Rev Bras Epidemiol.* 2015; 18(1):234-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010018>
8. Brkovic T, Burilovic E, Puljak L. Risk factors associated with pain on chronic intermittent hemodialysis: a systematic review. *Pain Pract.* 2017; 18(2):247-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/papr.12594>
9. Fleishman TT, Dreiherr J, Shvartman P. Pain in maintenance hemodialysis patients: a multicenter study. *J Pain Symptom Manage.* 2018; 56(2):178-84. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.008
10. Neul SK. Quality of life intervention planning: pilot study in youth with kidney failure who are on dialysis. *Nephrol Nurs J [Internet].* 2015 [cited Mar 4, 2020];42(5):487-96. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26591273>
11. Vides MC, Martins MRI. Bone pain assessment in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Rev Dor.* 2017; 18(3):245-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170109>
12. Padilha ELO, Pegoraro T, Silva LM, Conti CFB. Quantification of the risk of fractures through the frax tool in patients with chronic renal disease in hemodialysis. *Arq Catarin Med [Internet].* 2017 [cited Mar 31, 2020]; 46(3):39-58. Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/99>
13. Ramos EC, Santos IS, Zanini RV, Ramos JM. Quality of life of chronic renal patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. *J Bras Nefrol.* 2015; 37(3):297-305. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150049>
14. Zyga S, Alikari V, Sachlas A, Stathoulis J, Aroni A, Theofilou P, et al. Management of pain and quality of life in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Pain Manag Nurs.* 2015; 16(5):712-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.004>
15. Marques VR, Benetti PE, Benetti ERR, Rosanelli CL, Colet CF, Stumm EM. Pain intensity assessment in chronic renal patients on hemodialysis. *Rev Dor.* 2016; 17(2):96-100. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160023>
16. Miyahira CK, Martins MRI, Ribeiro RCHM, Cesarino CB. Chest pain assessment, sleep, and quality of life of patients with chronic kidney disease. *Arq Ciênc Saúde.* 2016; 23(4):61-6. doi: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.4.2016.486>
17. Hmwe NTT, Subramanian P, Tan LP, Chong WK. The effects of acupressure on depression, anxiety and stress in patients with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(2):509-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.002>
18. Bortolatto CR, Oliveira MCS, Fajalle FM, Silva EAL. Análise do desempenho funcional e perfil sócio-demográfico de uma população com queixa de lombalgia. *Colloq Vitae.* 2016; 8(2):12-6. doi: <http://dx.doi.org/10.5747/cv.2016.v08.n2.v162>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons