



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

**PHELLIPE BRUNNO OLIVEIRA DE LIMA**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES EM  
HEMODIÁLISE.**

BRASÍLIA  
2015

**PHELLIPE BRUNNO OLIVEIRA DE LIMA**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES EM  
HEMODIÁLISE.**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Michelle Zampieri Ipolito

**BRASÍLIA**

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desse trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que cite a fonte.

Ficha Catalográfica

Lima, Phellipe Bruno Oliveira de

Cuidados de enfermagem e avaliação da dor em pacientes em hemodiálise. Brasília: Universidade de Brasília, 2015. Phellipe Bruno Oliveira de Lima  
xiii, 60f.

Monografia (graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2015.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Michelle Zampieri Ipolito

1. Doença renal crônica. 2. Dor. 3. Diagnóstico de enfermagem

I. Ipolito, Michelle Zampieri. II Lima, Phellipe Bruno Oliveira de

Dedico este trabalho primeiramente a minha mãe, Karlla Regina, por ser essencial em minha vida, companheira, minha guia, socorro presente nas horas das angústias, e em todos os momentos, a minha vó Maria das Graças a quem dedicou muito do seu tempo para que me tornasse aquilo que sou hoje, ao meu companheiro, Hyago Alves que ao meu lado desfrutamos de momentos essenciais para minha formação, dando apoio e dedicação, a minha grande amiga e parceira Samara Vilanova e a todos os meus amigos que participaram diretamente no meu processo de formação, Isabella Cristina, Luana Ximenes, Fernanda Paiva, Priscila Corrêa e Ynnaê Cortes, que me apoiaram durante toda minha formação acadêmica. À professora Michelle Zampieri Ipolito pela paciência na orientação e incentivo que tornou possível a conclusão desta monografia.

“Quem desiste fácil, não chega a lugar algum! Com os problemas aprendemos que nada é impossível, quando se tem força de vontade”.  
(Hyago Alves)

## **RESUMO**

A insuficiência renal crônica (IRC) tem um considerável índice de pessoas acometidas por essa patologia e diante disso é necessária uma equipe multiprofissional que auxilie em todos os contextos do paciente. Os pacientes acometidos pela IRC são submetidos à hemodiálise (HD), que se baseia em uma terapia substitutiva renal. Os pacientes que se submetem a esse tratamento caracterizam-no como um procedimento que causa dor, impaciência, desconforto físico e psicológico além de outros problemas gerados pela doença. Uma vez que os pacientes apresentam queixas de dores durante o processo de hemodiálise, se faz necessário um ampla avaliação dessas dores. Este trabalho tem com objetivo identificar e caracterizar o diagnóstico de enfermagem Dor Crônica de pacientes em tratamento de hemodiálise de um hospital regional do Distrito Federal. Trata-se de um estudo transversal, e quantitativo realizado na Unidade de Hemodiálise do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) do Distrito Federal com a participação de 35 indivíduos que atenderem aos critérios de inclusão/exclusão. Os resultados demonstram que os pacientes apresentam queixas de dor crônica durante o tratamento de homodiálise, englobando dores musculares, torácica, lombar e câimbras bem como seus principais fatores relacionados. A avaliação da dor é importante para a realização de intervenções pela equipe multidisciplinar para proporcionar uma melhor qualidade de vida e eficácia do tratamento Conclui-se que os pacientes em hemodiálise são homens, com uma faixa inferior a 100 meses em tratamento, quase a maioria perde peso após as sessões, os principais locais acometido pela dor são: a cabeça, tórax, abdome e costas, com prejuízos nas AVD e no sono e a maioria referiram tem incapacidade física relacionada a dor.

Palavras Chave: Doença renal crônica; Dor; Diagnóstico de enfermagem.

## **ABSTRACT**

Chronic Kidney Disease (CKD) has a considerable percentage of people affected by this disease and before it is required a multidisciplinary team to assist in all contexts of the patient. Patients affected by the IRC are undergoing hemodialysis (HD), which is based on a renal replacement therapy. Patients who submit this treatment characterize it as a procedure that causes pain, boredom, physical and psychological discomfort and other problems caused by the disease. Once patients have pain complaints during the dialysis process, a comprehensive assessment of these pains is necessary. The following work has the objective to identify and characterize the nursing diagnosis of Chronic Pain hemodialysis treatment in patients from a regional hospital in the Distrito Federal. It is a cross-sectional study, quantitative and held in Hemodialysis Unit of the Regional Hospital of Taguatinga (HRT) of the Distrito Federal with the participation of 35 individuals who meet the inclusion / exclusion criteria. The results demonstrate that patients have chronic pain complaints during the treatment hemodialysis, encompassing muscle pain, thoracic, lumbar and cramps as well as major related factors. The evaluation of pain it is important to perform interventions by multidisciplinary team to provide a better quality of life and efficacy of treatment. We conclude that hemodialysis patients are men, with a range of less than 100 months in treatment, almost the majority lose weight after the sessions, the main sites affected by pain are: the head, chest, abdomen and back, with losses in DAV and sleep and most have reported physical disability related to pain. Keywords: Chronic kidney disease; Pain; Nursing diagnosis

## **LISTA DE SIGLAS**

CID: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CAPD: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

CAVHDF: Hemodiafiltração Arteriovenosa Contínua

CCPD: Diálise Peritoneal Cíclica

CVVHDF: Hemodiafiltração Venosa Contínua

DF: Distrito Federal

DP: Diálise Peritoneal

DRET: Doença Renal em Estágio Terminal

ECG: Eletrocardiograma

EVA: Escala Visual Analógica

FAV: Fístula Arteriovenosa

HAVC: Hemofiltração Arteriovenosa Contínua

HCV: Hemodiálise Venosa Contínua

HDAVC: Hemodiálise Arteriovenosa Contínua

HD: Hemodiálise

HDI: Hemodiálise Intermitente

HRT: Hospital Regional de Taguatinga

HVVC: Hemofiltração Venovenosa Contínua

IMC: Índice de Massa Corporal

IRA: Insuficiência Renal Aguda

IRC: Insuficiência Renal Crônica

KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes

TFG: Taxa de Filtração Glomerular

TRCS: Terapia Renal Contínua Substitutiva

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Sinais e sintomas que fizeram buscar o médico de pacientes em tratamento de hemodiálise, Brasília 2014. ....	26
Figura 2. Tempo de diagnosticado de Insuficiência Renal Crônica .....	27
Figura 3. Distribuição referente ao tempo para inicio da diálise após o diagnostico de Insuficiência renal crônica, Brasília, 2014. ....	28
Figura 4. Caracterização frente alterações no peso após inicio da diálise de pacientes que realizam hemodiálise, Brasília , 2014.....	28
Figura 5. Presença relatada pelos entrevistados de razões que atrapalharam o tratamento da Insuficiência renal crônica que realizam hemodiálise, Brasília, 2014. ....	29
Figura 6. Pacientes que relatam dores durante as sessões de hemodiálise, Brasília 2014.....	31
Figura 7. Situações em que a dor prejudica as atividades realizadas pelos pacientes que realizam hemodiálise, Brasília, 2014.....	32

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Descrição dos locais das dores mencionadas pelos entrevistados em tratamento da Insuficiência renal crônica que realizam hemodiálise, Brasília, 2014. ....	30
Tabela 2. Descrição as características definidoras e dos fatores relacionados ao diagnóstico de dor crônica. ....	33

## SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO .....	13
2-OBJETIVOS .....	16
2.1-Objetivo geral: .....	16
2.2-Objetivos específicos:.....	16
3-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
3.1-Epidemiologia: .....	17
3.2-A insuficiência renal crônica: .....	17
3.3- Sinais e sintomas: .....	18
3.4-Diagnóstico:.....	19
3.5-Tratamento:.....	20
3.5.1-Diálise renal: peritoneal: .....	21
3.5.2- Hemodiálise: .....	22
3.5.3- Dor e hemodiálise: .....	22
3.5.4- Assistência de enfermagem: .....	23
4-METODOLOGIA .....	24
4.1-Delineamento do estudo .....	24
4.2-Local do estudo e Aspectos éticos .....	24
4.3- População e amostra do estudo.....	24
4.4-Critério de Inclusão .....	24
4.5-Critérios de Exclusão.....	24
4.6-Operacionalizações da coleta de dados .....	24
4.6.1-Variáveis de identificação.....	24
4.6.2 - Variáveis de estratégias realizadas para a avaliação da dor.....	24
4.6.3 - Análise estatística.....	25
5-RESULTADOS .....	26
7. DISCUSSÃO .....	34
8- CONCLUSÕES.....	44
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	46
10-REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA: .....	48
11- ANEXOS .....	56

11.1-ANEXO A- QUESTIONÁRIO .....	56
11.2 ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	60
11.3 ANEXO C Aprovação do comitê de ética .....	61
12 - NORMAS ADOTADAS.....	64

## 1-INTRODUÇÃO

As doenças crônicas desempenham um papel fundamental de morbidade e mortalidade na população em todo o mundo gerando agravos médicos, sociais e econômicos (OLIVEIRA, 2010).

Dessas doenças crônicas podemos citar a insuficiência renal crônica (IRC), que nos últimos anos vem apresentando um crescente aumento no índice de pessoas acometidas por essa patologia e diante disso é necessária uma equipe multiprofissional que auxilie em todos os contextos do paciente (SANTANA, 2013).

A fisiopatologia da insuficiência renal se baseia na destruição dos néfrons progredindo para a perda da função renal, fazendo com que os néfrons restantes se sobrecarreguem na tentativa de filtrarem mais soluto ocasionando hipertrofia, e como consequência reduz a capacidade dos rins de produzirem urina (OLIVEIRA, 2010). As substâncias que deveriam ser eliminadas pela urina acabam retidas no organismo levando a perdas nas funções metabólicas, endócrinas, hidroeletrólíticas e ácido-básico (SANTANA, 2013).

A IR pode ser classificada em Lesão renal aguda (LRA) que é uma das diversas condições que afetam as funções e as estruturas dos rins definida como a diminuição abrupta de suas funções e Insuficiência renal crônica (IRC) definida como anormalidade das estruturas e funções dos rins presentes por mais de 3 meses com diversas implicações na saúde e classificada de acordo com 5 estágios da doença, sendo que o estágio 5 representa a falência renal necessitando da terapia de hemodiálise (KDIGO, 2013)

No Brasil o Ministério da Saúde promove uma atenção que engloba de forma integralizada todos os níveis de atenção à saúde podendo até mesmo evitar complicações ou a necessidade de diálise. Em 2011 foi criada uma rede de cuidado integral formado por uma equipe multiprofissional para a implementação da Rede de Atenção Integral à Saúde Renal (BRASIL, 2012).

Os pacientes acometidos pela IRC em estágio 5 são submetidos à outras terapias, em especial a hemodiálise (HD) (KDIGO, 2013). Essa terapia se baseia em um tratamento a partir de um dispositivo chamado dialisador que realiza a filtração e remoção de substâncias tóxicas e água do organismo, trata-se de uma terapia substitutiva renal (DALLÉ, 2012).

Como qualquer tratamento, o procedimento de hemodiálise pode trazer algumas intercorrências como: hipotensão, câimbras, vômitos, cefaléia, mal estar entre outras. (SANTOS, 2011<sup>a</sup>). A dor torácica e a dor lombar também são intercorrências presentes

durante o processo de hemodiálise (ARAÚJO *et al.*, 2012; FALCÃO *et al.*, 2010). A cefaleia é comum durante o tratamento, contudo não se sabe exatamente sua causa, pode estar ligada a uma sutil manifestação da síndrome do desequilíbrio ou até mesmo a diminuição da ingestão de cafeína por esses pacientes. A dor torácica frequentemente associada a dor lombar tem sua causa desconhecida, mas pode estar relacionada com o sistema complemento no processo de imunidade do organismo que envolve estruturas da imunoglobulina que ativa respostas humorais, além disso a ocorrência da angina durante a diálise é comum e trata-se de uma possível causa para a dor torácica (FALCÃO *et al.*, 2010).

Os pacientes que se submetem a esse tratamento caracterizam-no como um procedimento que causa dor, tédio, desconforto físico e psicológico além de outros problemas gerados pela doença (QUINTINO, 2011).

Em uma pesquisa realizada por Medeiros (2013) com pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise, 50% deles relataram dores e desconfortos durante a terapia e configura-se como uma das dificuldades enfrentadas durante o processo. Em outro estudo realizado por Santos (2011) uma média de 80,23% dos pacientes que realizavam hemodiálise relataram dor durante a terapia.

A dor crônica é uma experiência sensorial e desagradável que surge em detrimento de uma lesão tecidual real sem término previsível e com uma duração de mais de seis meses, já a dor aguda possui intensidade leve a intensa com termino previsível durando menos de seis meses (IASP, 1986).

A dor crônica pode ter o seu inicio súbito ou lento, estando associada a alguns processos patológicos, gerando incapacidade tecidual, alterando o funcionamento de alguns órgãos, necessitando de reabilitação e observação (POTTER; PERRY, 2004; SMELTZER; BARE, 2005).

Uma vez que os pacientes apresentam queixas de dores durante o processo de hemodiálise, se faz necessário uma ampla avaliação dessas dores como o início, data, localização, intensidade, duração, fatores externos que influenciam no aumento ou diminuição da intensidade e avaliação de mudanças biológicas e comportamentais do indivíduo (ESTEVES, 2009).

Existem alguns instrumentos que podem ser utilizados para mensurarmos a dor, eles são classificados como unidimensionais e multidimensionais. Os unidimensionais são: a Escala Numérica de Intensidade da Dor (números de zero- nenhuma dor- a dez- pior dor) Escala visual analógica (linha reta onde uma extremidade demonstra expressões de nenhuma

dor e a outra pior dor), Sequência de copos, Expressões Faciais de sofrimento, entre outros (ESTEVEVES, 2009).

Os instrumentos multidimensionais se baseiam em questionários, tendo como o mais conhecido o Questionário de Dor de McGill, permitindo a descrição dos componentes sensitivos e afetivos da dor (SOUZA; HORTENSE, 2009).

Esses instrumentos são utilizados no processo de assistência de enfermagem como uma ferramenta para a realização de coleta de dados, levantamento dos problemas pertinentes para a realização de intervenções (IYER *et al.*,1993).

É percebido que a dor está presente no dia a dia do paciente hemodialítico sendo um dos fatores predisponentes na dificuldade na realização do tratamento, visando essa problemática é necessário perceber e analisar a dor crônica vivida por esses pacientes e as possíveis repercussões no cotidiano.

Assim, a insuficiência renal crônica é uma patologia considerada como um problema de saúde pública. Seu principal tratamento se baseia na realização de sessões de hemodiálise, terapia que permite que o paciente possa manter-se hemodinamicamente estável. Contudo trata-se de uma terapia que desenvolve entre outros efeitos, a dor crônica. Este trabalho tem como justificativa a avaliação da dor nesses pacientes que realizam hemodiálise e como esta afeta nas atividades cotidianas além de traçar planos de cuidados para diminuir e/ou evitar as dores.

## **2-OBJETIVOS**

### **2.1-Objetivo geral:**

Descrever o perfil demográfico de pacientes atendidos em uma Unidade de Hemodiálise em um Hospital Público do Distrito Federal, relacionando a dor.

### **2.2-Objetivos específicos:**

Caracterizar o perfil demográfico de pacientes atendidos em hospital público que fazem hemodiálise;

Descrever os principais sinais e sintomas apresentados pelos participantes da pesquisa apresentados antes durante e após o início da hemodiálise;

Descrever o tempo de início da hemodiálise relacionado a descoberta da IRC;

Identificar as causas que podem vir a prejudicar o tratamento da IRC;

Identificar intervenções para a redução ou ausência da dor durante e após as sessões de hemodiálise;

Identificar e descrever as características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem de Dor Crônica;

### 3-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1-Epidemiologia:

De acordo com o Sistema de Informação Hospitalar do Ministério da Saúde (2013), foi observado que a taxa de mortalidade por insuficiência renal segundo a classificação do CID-10 de 2008 a 2013 foi crescente no Brasil: 11,26% (2008); 11,59% (2009); 11,60% (2010); 12,06% (2011); 12,39% (2012). Em relação ao tratamento de hemodiálise em 2000, havia 42.695 pacientes em tratamento, e no ano de 2011, este número passou para 91.314, em 2011, 90,6% dos pacientes que recebiam tratamento por hemodiálise 57% pertenciam ao sexo masculino.

No ano de 2009, o número de óbitos entre pacientes submetidos à diálise crônica no Brasil, de acordo com as estimativas do Censo de Diálise realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SESSO, *et al.*, 2010), foi de 13.235, o que equivale a uma taxa de mortalidade de 17,1%.

#### 3.2-A insuficiência renal crônica:

Os rins são responsáveis pela filtração, absorção e excreção de metabólitos do organismo, é formado por vasos, nervos e cálices que formam a pelve renal constituído por cápsula, zona medular e zona cortical. O néfron é sua unidade fundamental, formado pelo corpúsculo renal, túbulo proximal, alça de Henle ascendente e descendente e túbulo distal (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 1999).

A definição de insuficiência renal crônica segundo a KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) é anormalidade das estruturas e funções dos rins presentes por mais de três meses com implicações para a saúde identificadas a seguir:

- Marcadores de danos nos rins: Albuminúria: excreção de albumina  $\geq 30\text{mg}/24\text{h}$ ; relação creatinina/albumina  $\geq 30\text{mg}/\text{g}$ ; Anormalidades no sedimento de urina; Anormalidade de eletrólitos em virtude de desordens tubulares; Anormalidades histológicas; Anormalidades estruturais e Histórico de transplante de rim.
  - Redução da taxa de filtração glomerular: TFG  $< 60\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$ .
- A insuficiência renal crônica é dividida em alguns estágios (KDIGO, 2013):
- Estágio 1: Lesão renal com TFG normal ou acima de  $90\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$ ;
  - Estágio 2: Lesão renal com redução leve na TFG (entre  $60$  e  $89\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$ );
  - Estágio 3: Moderada queda da TFG (entre  $30$  e  $59\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$ );

- Estágio 4: Severa queda da TFG ( entre 15 e 29 ml /min/ 1,73 m<sup>2</sup>);
- Estágio 5: Falência renal (< 15 ml /min/ 1,73 m<sup>2</sup> ou diálise), tendo como tratamento a diálise.

A doença renal crônica é multifatorial irreversível, possui tratamento, mas não há cura. As principais causas da insuficiência renal são: diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças renais como glomerulopatia, displasia, doença renal policística, infecções urinárias, obstruções e cálculos urinários (ROMÃO, 2006). Os idosos, portadores de obesidade com IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>, histórico de doenças do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica e insuficiência cardíaca), doença renal crônica na família, tabagismo e uso de nefrotóxicos estão mais susceptíveis à doença (BRASIL, 2014).

### **3.3- Sinais e sintomas:**

Segundo Doenges, Moorhouse e Geissler (2000) o paciente pode apresentar diversos outros sintomas classificados de acordo com determinados sistemas:

Atividade/repouso: pode relatar: fadiga, fraqueza, mal estar distúrbios no sono (insônia inquietação, sonolência) fraqueza muscular, diminuição do tônus muscular e da amplitude de movimento;

Circulação: pode relatar: hipertensão prolongada ou grave, palpitações de dor torácica (angina) apresentando hipertensão, edema, cacifo nos pés, pernas e mãos, arritmias cardíacas, sons cardíacos distantes, pulso fino e fraco; hipertensão ortostática, hipovolemia, palidez e tendências a sangramento;

Eliminação: pode relatar: frequência urinaria diminuída; oligúria ou anúria, intumescimento abdominal, diarreia ou constipação podendo apresentar alterações na coloração da urina (amarelo intenso, vermelho, marrom, turva), oligúria, podendo se tornar anúrico;

Respiração: pode relatar: dispneia, tosse com ou sem escarro, podendo apresentar taquipnéia, dispnéia, respiração de Kussmaul (frequência/profundidade aumentadas), tosse produtiva de escarro róseo;

Neurosensorial: pode relatar: cefaleia, visão turva, câimbras, tremores, dormência, sensação de queimação nos pés, formigamento, fraqueza; podendo apresentar estado mental alterado (diminuição da atenção, incapacidade de concentração, perda da memória, confusão, nível de consciência alterado, torpor, coma, marcha alterada, espasmos, atividade convulsiva, unhas e cabelos finos, secos e quebradiços;

Dor/desconforto: pode relatar: dor no flanco, cefaleia, câimbras musculares, dores nas pernas podendo apresentar comportamento de proteção.

### **3.4-Diagnóstico:**

A insuficiência renal crônica é resultado da deterioração irreversível e progressiva da função renal, trazendo alterações na capacidade do corpo de manter os números normais de metabólitos e hidroeletrólíticos causando uma uremia ou azotemia (SMELTZER; BARE, 2005).

Além da taxa de filtração glomerular, existem outros parâmetros a serem considerados como marcadores de danos parenquimatoso. A albumina maior que 30mg/24h ou relação Albuminúria/Creatininúria maior que 30mg/g; hematúria de origem glomerular; alterações eletrolíticas ou demais anormalidades tubulares; alterações através de biópsia renal; alterações em exames de imagem na identificação de rins policísticos, hidronefrose, cicatrizes corticais, sinais de doenças infiltrativas e estenose na artéria renal (BRASIL, 2014).

O diagnóstico pode avaliar os itens a seguir (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2000):

- Urina: o volume geralmente é inferior a 400ml/24h (oligúria) ou urina ausente (anúria) podendo estar com coloração anormalmente em virtude da presença de pus, bactérias, gorduras, fosfatos ou uratos; marrom indicando a presença de hemácias, hemoglobina, mioglobina, porfirinas; com densidade específica inferior a 1.015 refletindo dano renal; osmolaridade inferior a 350mOsm/Kg sendo indicativo de lesão tubular; depuração de creatinina diminuída (inferior a 80ml/min no início da insuficiência e 10ml/min na DRET); sódio maior que 40mEq/L devido a não reabsorção de sódio pelos rins; elevado grau de proteinúria (3-4+) indicando forte lesão glomerular;
- Sangue: Uréia/creatinina elevada com níveis de 12mg/dL sugerindo DRET e uma ureia acima de 25mg/dL evidencia possível lesão renal; hemoglobina diminuída devido a possível anemia apresentando-se abaixo de 7-8g/dL; hemácias com tempo médio de vida diminuído devido a deficiência de eritropoetina e da azotemia; gasometria arterial com pH diminuído apresentando acidose metabólica devido a perda da capacidade do rim de excretar hidrogênio e amônia ou produtos finais do catabolismo da proteína; o sódio sérico pode estar diminuído se o rim perder sódio ou normal refletindo o estado de diluição; potássio apresenta-se elevado devido a acidose

ou da liberação celular; magnésio e fósforo elevados; cálcio/fósforo diminuídos; proteínas diminuídas em virtude da perda de proteína pela urina; osmolaridade sérica apresenta maior do que 285mOsm/kg; geralmente igual a da urina;

- Raios X: Demonstram o tamanho do rins e dos demais componentes do sistema urinário bem como identifica a presença de obstrução e cálculos;
- Pielograma retrógrado: Identifica anormalidades da pelve renal e ureteres;
- Arteriograma renal: Avalia a circulação dos rins evidenciando extravascularidades e massas;
- Cistoureterograma de micção: mostra o tamanho da bexiga, refluxo nos ureteres e micção;
- Ultra-som renal: determina tamanho do rim, a presença de massas, obstrução do trato urinário e massa;
- Biópsia renal: realizada endoscopicamente para examinar células tissulares para diagnósticos histológicos;
- Endoscopia renal. Nefroscopia: examina pelve renal, utilizada para lavar cálculos, hematúria e remover determinados tumores;
- ECG: pode apresentar-se anormal devido ao desequilíbrio de eletrólitos e ácidos-básicos.

### **3.5-Tratamento:**

Quando a função renal se apresenta bastante comprometida se faz necessário a realização de outros métodos para o tratamento da insuficiência renal crônica, neste caso utiliza-se a diálise.

A diálise é um processo utilizado na substituição da função renal na remoção de líquidos e/ou toxinas endógenas ou exógenas que estão acumulados no organismo. Ela é frequentemente utilizada em pacientes com IRC em estagio terminal e os dois tipos mais comuns são a diálise peritoneal e a hemodiálise onde são subclassificadas em hemodiálise intermitente (HDI), hemodiálise arteriovenosa contínua (HDAVC), hemodiálise venosa contínua (HCV) e a diálise peritoneal (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2000).

A hemodiálise intermitente ou convencional é uma terapia onde os solutos e a água são transportados através de uma membrana de baixa permeabilidade; a hemodiálise arteriovenosa contínua a água e os solutos são transportados por uma membrana de baixa

permeabilidade e baixo fluxo em um sistema de contracorrente; a hemodiálise venosa contínua trata-se de uma terapia com a utilização de um acesso venoso, necessitando de uma bomba de sangue utilizada em casos de sobrecarga de volume, hipertensão intracraniana, síndrome da angústia respiratória aguda, sepse e IRA não complicada (FERMI, 2010) .

Alguns pacientes são muito instáveis hemodinamicamente que não toleram a terapia de hemodiálise, contudo podem se beneficiar de uma terapia renal contínua substitutiva (TRCS) que mais lentamente remove a água do plasma e compensa quanto as possíveis perdas do volume intravascular. Existem dois métodos de ultrafiltração que podem ser utilizados: hemofiltração arteriovenosa contínua (HAVC) e a hemofiltração venovenosa contínua (HVVC), a escolha do tipo de filtração depende da causa da insuficiência renal do paciente, da condição hemodinâmica apresentada, dos acessos vascular, dos equipamentos e profissionais que irão realizar o procedimento (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2000).

Fermi (2010) classifica a terapia de substituição renal contínua (TRSC) em: hemofiltração de alto volume- esta possui os mesmos princípios da (HAVC), contudo o volume de ultrafiltração é maior (6 a 9 l/h); hemodiafiltração arteriovenosa contínua (CAVHDF)- utilizados em pacientes hipercatabólicos onde a água e solutos são transferidos a partir de uma membrana de alto fluxo e volume; hemodiafiltração venosa contínua (CVVHDF)- técnica semelhante a CAVHDF porém não necessita de alto fluxo de sangue e as membranas utilizadas são as convencionais.

### **3.5.1-Diálise renal: peritoneal:**

A diálise peritoneal é uma técnica de depuração do sangue através da transferência de solutos e líquidos pelo peritônio (FERMI, 2010). É mais utilizada porque utiliza uma técnica simples proporcionando mudanças fisiológicas mais graduais que a hemodiálise. O método manual de bolsa única é utilizado como procedimento na internação com curtos períodos de trocas sendo de apenas 30-60 minutos, repetindo até que o efeito desejado seja alcançado e o tipo mais comumente realizado é a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), pois permite que o paciente realize o procedimento em domicílio com o auxílio da bolsa e do fluxo da gravidade, onde nenhum tipo de máquina é utilizado, sendo possível um período prolongado sem necessidade de troca durante a noite e com um total de 3-5 trocas diariamente, sete dias por semana. Já a diálise peritoneal cíclica (CCPD) alterna, mecanicamente, períodos de trocas mais curtos a noite e durante o dia permanece durante 8

horas aumentando a independência do paciente DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2000).

### **3.5.2- Hemodiálise:**

Processo no qual existe a filtração e a depuração através de um dialisador, onde há a saída do sangue ainda não filtrado por uma artéria e a entrada de um sangue filtrado por uma veia. O acesso é feito por uma fistula arteriovenosa interna geralmente localizada no antebraço (POTTER; PERRY, 2004).

A hemodiálise é um processo rápido e eficiente no que desrespeita a remoção da ureia e outros produtos tóxicos, corrigindo os distúrbios hidroeletrólíticos, contudo exige um acesso venoso permanente (Sociedade Brasileira de Nefrologia).

Para a realização da terapêutica utiliza-se na maioria dos casos a fístula arteriovenosa (FAV), pois apresenta os melhores resultados no que se trata tanto à perviedade quanto as complicações pós-operatórias (SÁNCHEZ, 1994). A FAV é um acesso realizado por meios cirúrgicos onde se une uma artéria e uma veia permanentemente. Segundo Koepe e Araújo (2008) a fístula permite que agulhas inseridas dentro do vaso obtém o fluxo sanguíneo que será processado no dialisador.

### **3.5.3- Dor e hemodiálise:**

Martins e Cesariano (2005) demonstram em uma pesquisa sobre qualidade de vida das pessoas com insuficiência renal crônica que realizam tratamento de hemodiálise que dos pesquisados, 60,7% apresentavam algum relato de dor durante as sessões de hemodiálise. Em outro estudo realizado por Castro *et al.*, (2003) também evidenciou que a dor é um dos problemas enfrentados pelos pacientes que realizam a terapia em hemodiálise utilizando os mesmos instrumentos de pesquisa do estudo citado anteriormente.

Algumas manifestações clínicas podem aparecer após 10 anos de diálise como a síndrome do túnel do carpo, dor articular inflamatória, e cistos ósseos (HARDOUIN, 1987). Outras manifestações como ombro doloroso acometem cerca de 84% dos pacientes também após 10 anos de tratamento e é geralmente bilateral (KAY; HANO, 2013; SOMMER; VALEN; ORI *et al*, 2000)

Em cerca de 20% dos pacientes apresentam câimbras, contudo ainda não se sabe ao certo a patogênese, mas está provavelmente relacionada a ultrafiltração rápida, hiponatremia e hipotensão

### 3.5.4- Assistência de enfermagem:

A Sistematização da Assistência de Enfermagem para Horta (1979) se constitui por ações sistematizadas e relacionadas que visam a assistência do ser humano visando desenvolver planos de cuidados através de instrumentos para auxiliar o enfermeiro no cuidado de enfermagem. O processo de enfermagem possui cinco etapas distintas e inter-relacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; sendo necessário o correto levantamento das informações para que não ocorra determinação errada dos problemas apresentados e conseqüentemente a realizações de intervenções de forma inapropriada. Utilização desse processo traz muitos benefícios entre eles: redução do tempo de internação, agiliza o diagnóstico e tratamento, melhora a comunicação com a equipe e elabora cuidados não apenas para a doença (ALFARO; LEFEVRE, 2005).

Chaccur (1984) afirma que a realização de planos de cuidados é fundamental para a prestação de serviços individualizado e de melhor qualidade. É percebido que para realizar tal procedimento é necessário uma atenção integral e exige esforços tanto do enfermeiro quanto do paciente para alcançar o resultado desejado. Fazer o uso da sistematização da assistência em enfermagem também é importante para realizar uma avaliação dos cuidados que estão sendo prestados podendo ser confrontados com as prescrições de enfermagem e com os demais procedimentos realizados (GUIMARÃES *et al.*, 2002)

A dor deve ser vista pela enfermagem como um dos fatores a serem considerados no processo do cuidado de forma individualizada e humanizada incluindo aspectos farmacológicos ou não, onde qualquer intervenção será de grande importância para evitar que a dor apareça (DAL MOLIM, 2004).

## **4-METODOLOGIA**

### **4.1-Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo transversal, e quantitativo. Os estudos quantitativos consideram que pode ser quantificável, traduz em números opiniões e informações para classifica-las e analisá-las (MORESI, 2003).

### **4.2-Local do estudo e Aspectos éticos**

A presente pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Hemodiálise do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) do Distrito Federal após aprovação do comitê de ética em pesquisa mediante o parecer 627.920.

### **4.3- População e amostra do estudo**

A amostra foi de 35 indivíduos que atenderem aos critérios de inclusão/exclusão.

### **4.4-Critério de Inclusão**

Os seguintes critérios de inclusão são: possuir doença renal crônica em estágio 5 de acordo com a classificação KDIGO (2013) e realizar o tratamento de hemodiálise na unidade, de ambos os sexos com idade acima de 18 anos e concordar em participar assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

### **4.5-Critérios de Exclusão**

Pacientes com dados do prontuário eletrônico insuficientes para a pesquisa, gestantes e pacientes sem diagnóstico médico de IRC que evoluíram com insuficiência renal aguda.

### **4.6-Operacionalizações da coleta de dados**

#### **4.6.1-Variáveis de identificação**

Idade: em anos completos, no momento da entrevista; Sexo: variável binária como “feminino” ou “masculino”.

#### **4.6.2 - Variáveis de estratégias realizadas para a avaliação da dor**

Os dados foram levantados por meio de questionários e avaliou a presença de dor em diversos momentos da vida do paciente, como exemplo, presença de dor durante a hemodiálise, após as sessões, frequência, intensidade, localização entre outras. Os dados foram coletados entre os meses de agosto e setembro de 2014.

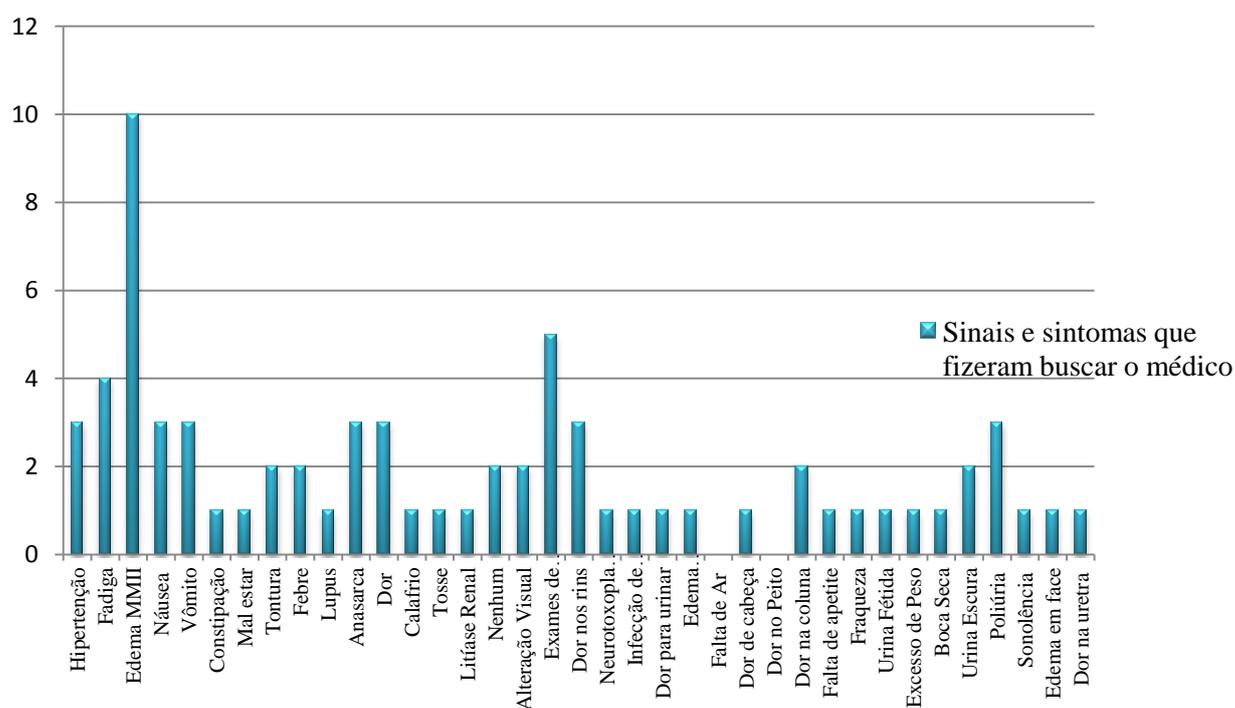
#### **4.6.3 - Análise estatística**

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica do programa Microsoft Office Excel 2007 e consolidados em gráficos e figuras, para obter melhor compreensão e análise.

## 5-RESULTADOS

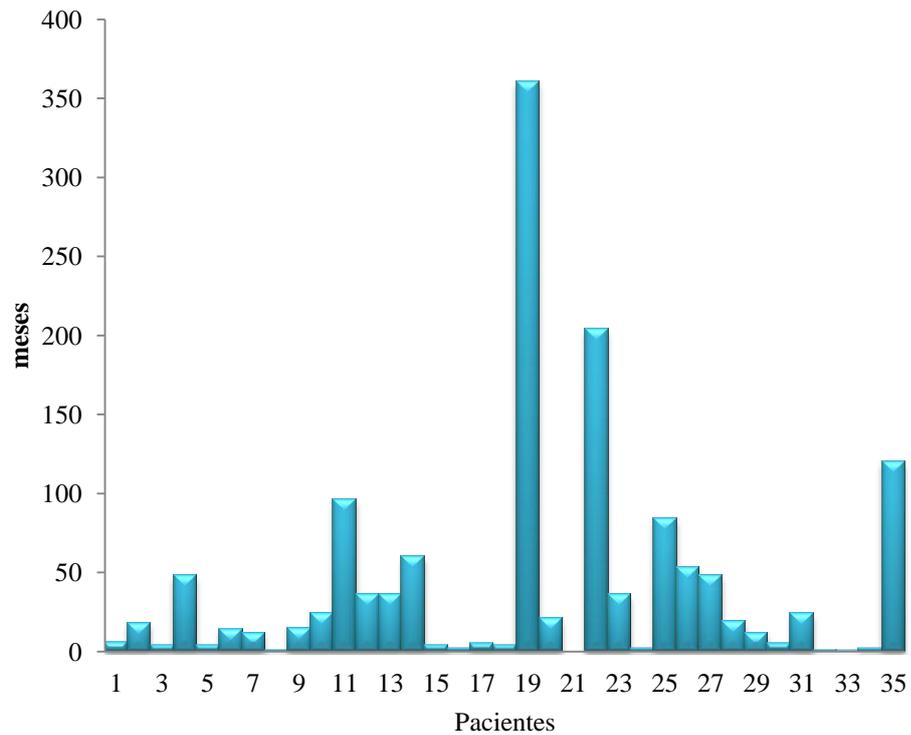
A caracterização geral dos pacientes no total de 35 indivíduos em tratamento hemodialítico entre 22 e 82 anos, 54% eram do sexo masculino e 46% do sexo feminino. Os dados sobre registro civil demonstraram que a parcela predominante era constituída de indivíduos casados (54%), seguida por viúvos (20%), solteiros (17%) e separados (9%). Com relação ao número de filhos, 86% referiam ter filhos, sendo que, destes; 6% possuíam apenas um filho; 17%, dois filhos; 40%, três filhos; e 23%, quatro ou mais filhos. Quanto ao nível de escolaridade, representado em anos de estudo, observa-se um decréscimo nos valores percentuais, conforme os anos de estudo avançam. O percentual de 43% registra a sua maior parcela, correspondente ao tempo de um a quatro anos de estudo, equivalente ao ensino fundamental incompleto. Para o tempo de cinco a nove anos de estudo, o percentual registrado é de 20%; para 10 a 13 anos de estudos, é de 17%; e de 14 anos ou mais de estudo, é de 3%.

A busca pelo acompanhamento médico com detecção de insuficiência renal foi através do relato de sinais e sintomas principalmente edema em Membros Inferiores (MMII) seguido de exames de rotina alterados, fadiga, náuseas, dor na região do rim, hipertensão entre outros como é descrito na figura 1.



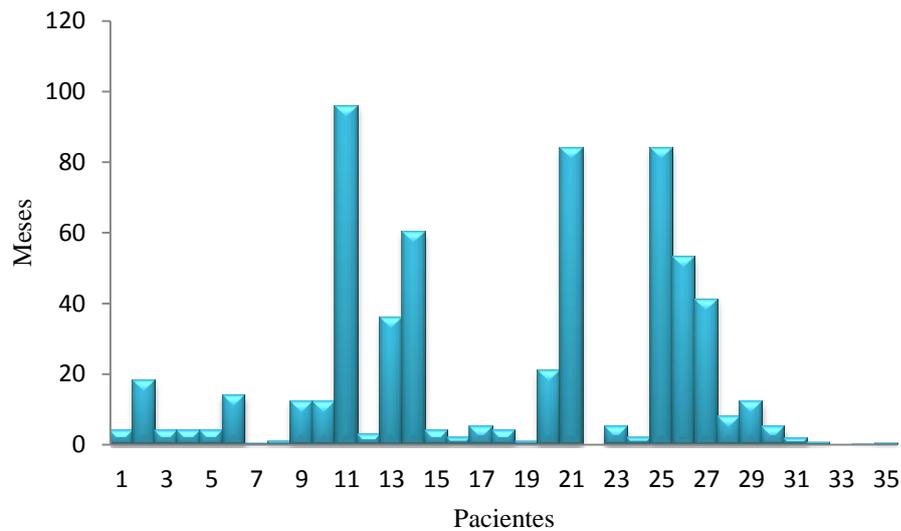
**Figura 1:** Sinais e sintomas que fizeram buscar o médico de pacientes em tratamento de hemodiálise, Brasília 2014.

Os pacientes assistidos no hospital variavam em tempo (anos, meses ou dias) de diagnóstico de IRC como mostra a figura 2.



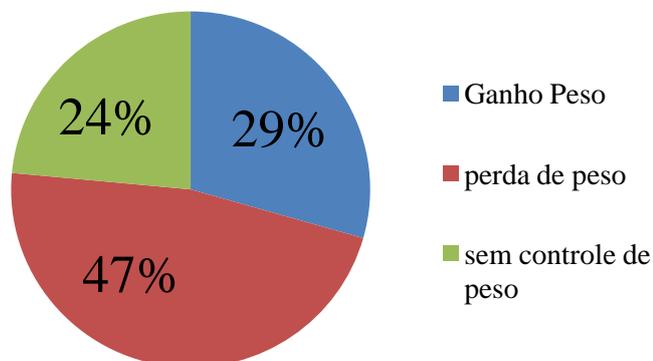
**Figura 2.** Tempo de diagnosticado de Insuficiência Renal Crônica

Após o diagnóstico de IRC os pacientes começaram a fazer a diálise em tempos diferentes. Alguns demoram anos, outros após poucos meses como mostra a figura 3.



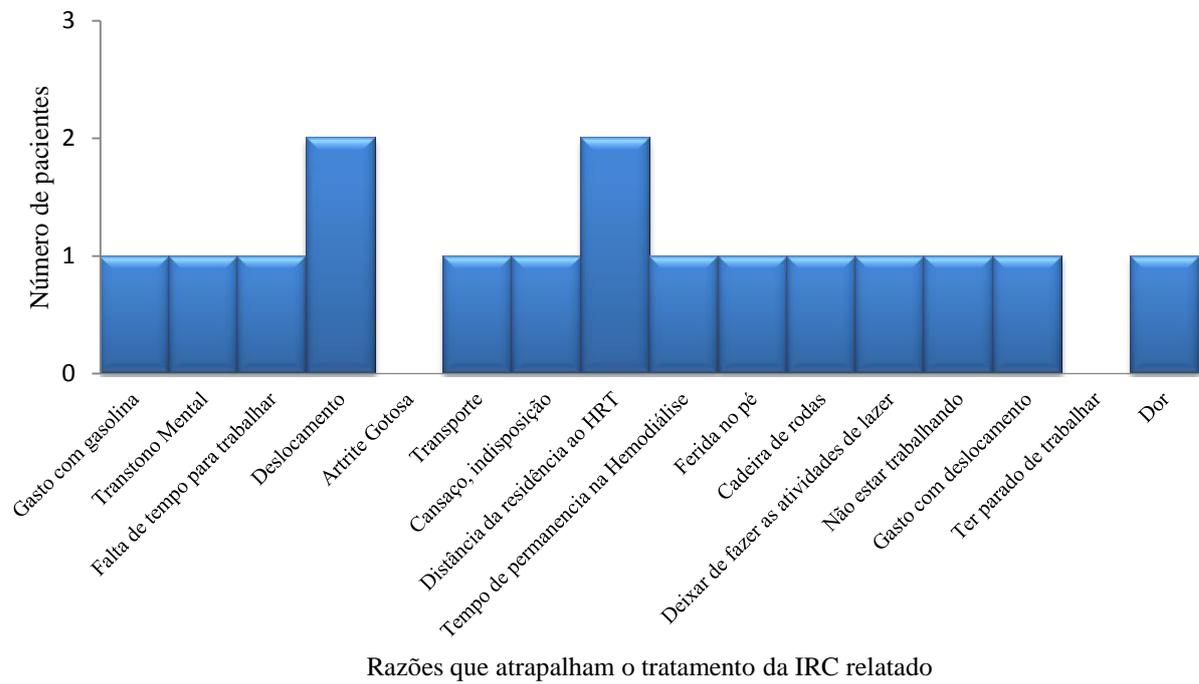
**Figura 3.** Distribuição referente ao tempo para início da diálise após o diagnóstico de Insuficiência renal crônica, Brasília, 2014.

Todos os entrevistados faziam 3 sessões de hemodiálise por semana; 47% das pessoas tinham perdido peso, 29% tinham ganhado peso e 24% não tinham o controle do peso inicial; e 72% relatavam sentir dor durante a hemodiálise.



**Figura 4.** Caracterização frente alterações no peso após início da diálise de pacientes que realizam hemodiálise, Brasília, 2014.

Quando questionados sobre fatores que atrapalham o tratamento da IRC 41% dos entrevistados relataram que não tinham razões que os atrapalhavam na continuidade do tratamento e 59% relataram os motivos como fatores que atrapalhavam manter o tratamento da IRC descritos na figura 5.



**Figura 5.** Presença relatada pelos entrevistados de razões que atrapalharam o tratamento da Insuficiência renal crônica que realizam hemodiálise, Brasília, 2014.

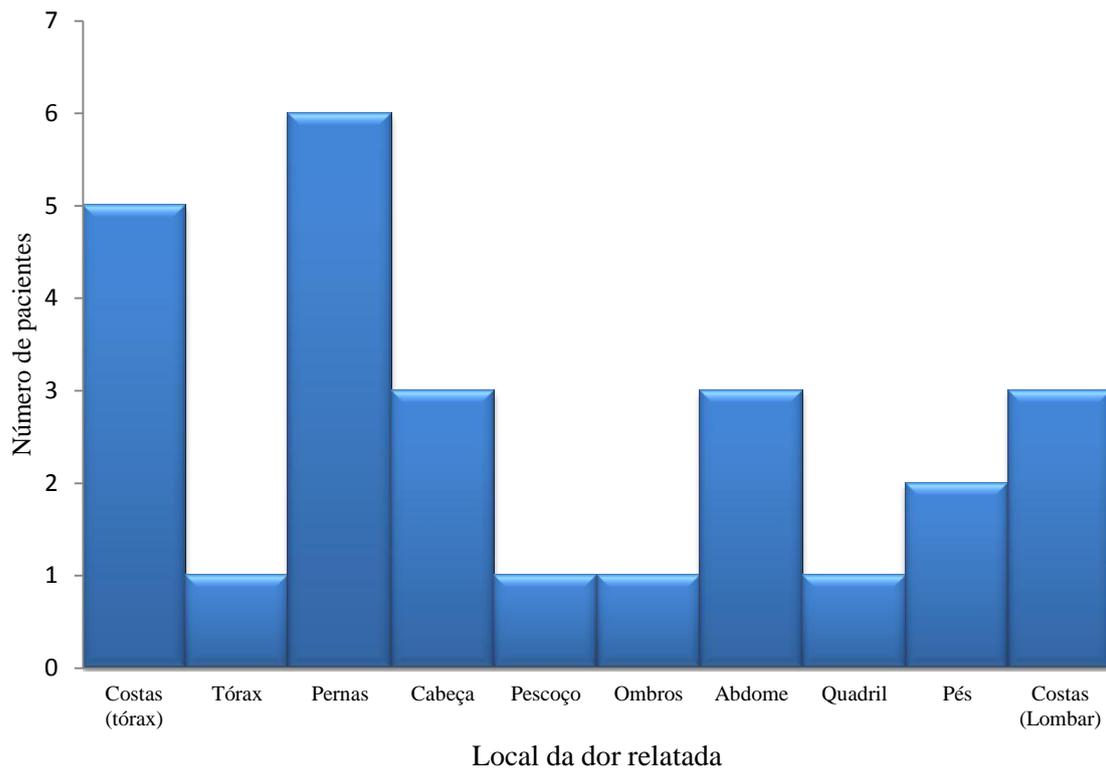
Na tabela a seguir descrevemos a caracterização da dor retratando o local da dor, sendo que 60% dos entrevistados sentem dor, 34% não relatam dor e 6% não responderam a pergunta.

**Tabela 1:** Descrição dos locais das dores mencionadas pelos entrevistados em tratamento da Insuficiência renal crônica que realizam hemodiálise, Brasília, 2014.

Local da dor relatada	Com dor (número de paciente)	Sem dor (número de paciente)
Costas (tórax)	4	29
Tórax	4	29
Pernas	13	20
Cabeça	8	25
PESCOÇO	7	26
Ombros	5	28
Braços	5	28
Mãos	5	28
Abdome	7	26
Quadril	2	31
Glúteos	2	31
Coxas	4	29
Pés	5	28
Costas (Lombar)	5	28
Todo o corpo	1	32

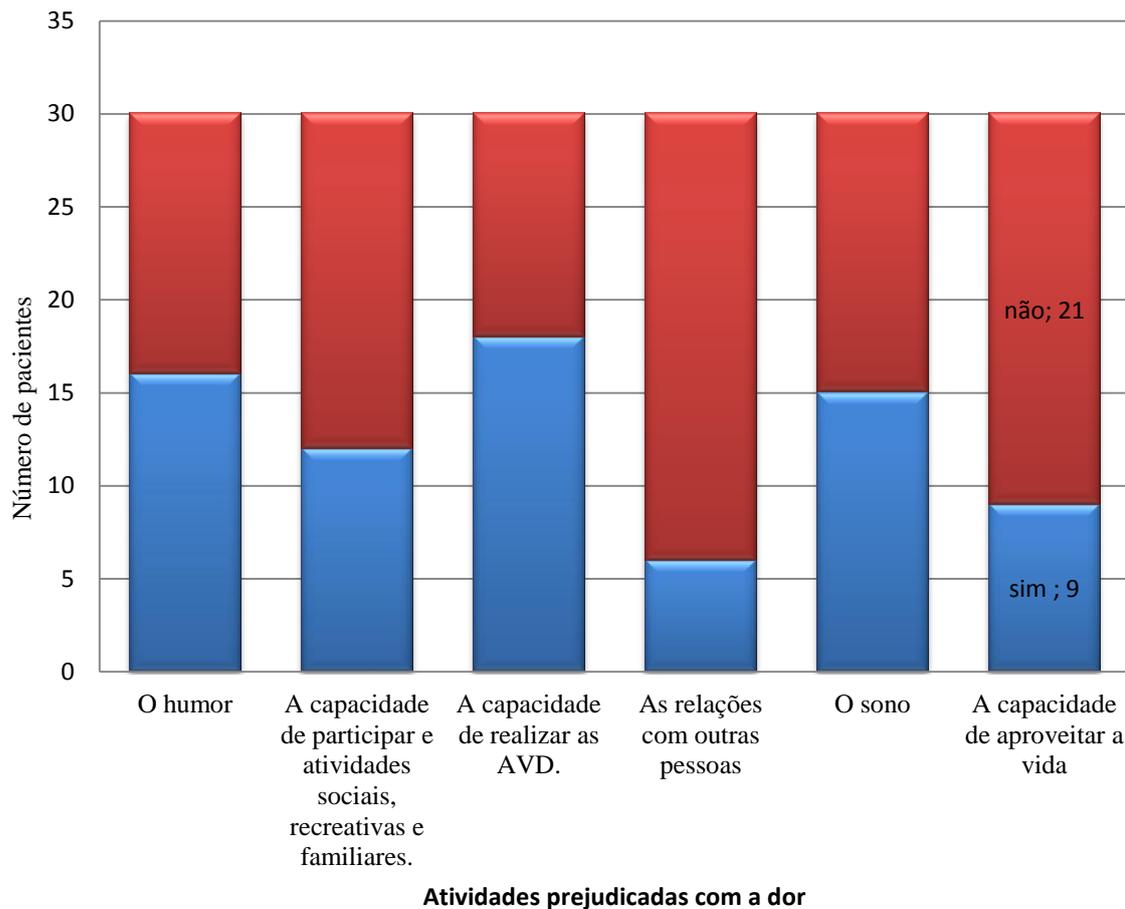
Durante a entrevista quando perguntados se estavam sentindo dor no momento segundo a Escala EVA de dor 32% responderam que estavam sem dor, 6% estavam com dor leve, 27% com dor moderada, 29% com dor intensa e 6% não responderam.

Na figura a seguir descrevemos o local da dor em pacientes durante as sessões de hemodiálise retratando o local da dor sendo que 19 (54%) pacientes sentem dor, 14(40%) não sentem dor e 2 (6%) não responderam a pergunta.



**Figura 6.** Pacientes que relatam dores durante as sessões de hemodiálise, Brasília 2014.

Ao serem perguntados sobre as situações que a dor referida prejudica as atividades em sua vida 30 pacientes reconheceram que a dor prejudica de alguma forma e outros cinco disseram não ter prejuízo com a dor. As atividades prejudicadas em virtude da dor estão expostas na figura 7.



**Figura 7.** Situações em que a dor prejudica as atividades realizadas pelos pacientes que realizam hemodiálise, Brasília, 2014.

Sobre os diagnósticos de enfermagem relacionados à dor podemos dizer que a dor crônica que leva a incapacidade física crônica está relacionada a 73% dos pacientes entrevistados onde as atividades mais prejudicadas são: capacidade de realizar atividades de vida diária, seguida de prejuízos no humor e logo depois prejuízos do sono, a capacidade de participar de atividades sociais familiares e recreativas representam também valor significativo.

Nesta tabela trazemos as características que definem a dor crônica como também os fatores relacionados a ela para descrever a dor sentida pelo paciente em hemodiálise

**Tabela 2. Descrição as características definidoras e dos fatores relacionados ao diagnóstico de dor crônica.**

<b>Dor crônica</b>	<b>Número de pacientes (n=35)</b>
<b>Incapacidade física crônica:</b>	22
Refere dor	
Local da dor	
Precordial	1
Câimbra	2
Latejar	1
Náusea	1
Dor epigástrica	2
Queimação	3
Prurido	1
Formigamento	2
Fístula	1
Muscular	3
Pontada	2
Dormência	1
Presença de dor na lesão tecidual na incisão	8
Presença de dor em outras regiões	4
<b>Agitação:</b>	3
<b>Alteração da capacidade de continuar atividade previa:</b>	19
<b>Depressão:</b>	2
<b>Expressão facial:</b>	8
<b>Distúrbio do sono:</b>	
Olhos sem brilho	8
Aparência abatida	1
Careta	2
Queixa do problema	9
<b>Fadiga:</b>	9
<b>Comportamento observado de proteção:</b>	5
<b>Comportamento observado de defesa:</b>	4
<b>Irritabilidade:</b>	7
<b>Medo de novas lesões:</b>	11
<b>Mudança no padrão de sono:</b>	14
<b>Relato verbal:</b>	35
<b>Resposta mediada pelo sistema simpático:</b>	
Temperatura	2
Frio	7
Mudança na posição do corpo	7
Hipersensibilidade	5
<b>Relato codificado</b>	6

## 7. DISCUSSÃO

Entre os 35 participantes da pesquisa entrevistados para obtenção de dados demográficos tivemos, em sua maioria, pacientes do sexo masculino, casados, com filhos e com poucos anos de estudo. Alguns estudos revelam a não ligação direta em uma piora ou melhora da qualidade de vida em relação ao sexo, pois estes utilizam para a avaliação da qualidade de vida de hemodialíticos o questionário SF-36 que avalia déficits em relação ao estado físico e mental e também a idade, que é um importante fator que interfere de forma negativamente no processo de tratamento do hemodialíticos (SANTOS 2011b; CASTRO *et al.*, 2003). O gênero na verdade é um fator de risco adicional para o desenvolvimento da IRC e de certos tipos de doenças renais, em geral a incidência de IRC é maior entre homens do que em mulheres (SCHRIER, 2008)

Quanto aos principais sinais e sintomas apresentados em nossos dados como um fator para a busca de médico para que pudesse ser feito o diagnóstico foi o edema em membros inferiores.

Também havia uma variação entre o tempo de diagnóstico de IRC e o tempo do começo da diálise. Um dos principais sinais e sintomas presentes em indivíduos com IRC são: hipervolemia, distúrbios hidroeletrólíticos, dor muscular, dor óssea, fraturas e entre outros. É a partir desses sinais e sintomas que podemos identificar as principais complicações em virtude da IRC que são: edema, defeitos esqueléticos, neuropatia periférica e arritmias. Justamente os sinais e sintomas mais frequentes que fizeram os indivíduos buscarem ajuda médica são os principais encontrados em pacientes com IRC (FERMI, 2010).

Os exames de rotina que podem apontar e/ou confirmar uma insuficiência renal crônica são as taxas de creatinina e filtração glomerular e além destes podem encontrar alterados a albumina, alterações eletrolíticas ou demais anormalidades tubulares, alterações através de biópsia renal, alterações em exames de imagem na identificação de rins policísticos, hidronefrose, cicatrizes corticais, sinais de doenças infiltrativas e estenose na artéria renal (BRASIL, 2014) esses exames são necessário para o aumento na taxa de sobrevida.

Segundo Doenges, Moorhouse e Geissler (2000) o paciente pode apresentar diversos outros sintomas classificados de acordo com determinados sistemas. Em relação aos aspectos de atividade e repouso o individuo pode relatar: fadiga, fraqueza, mal estar distúrbios no sono (insônia inquietação, sonolência) fraqueza muscular, diminuição do tônus muscular e da amplitude de movimento. A hipertensão prolongada ou grave, palpitações de dor torácica

(angina) apresentando hipertensão, edema, caco nos pés, pernas e mãos são sinais classificados no sistema circulatório. São frequentes as dores na região do flanco onde anatomicamente se encontram os rins, local esse relatado pelos pacientes entrevistados.

Após a confirmação do diagnóstico de IRC e com o início da diálise há uma estabilização dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, o tempo de permanência nas sessões de hemodialise varia de acordo com a situação de cada paciente, em geral é de quatro horas, tres ou quatro vezes por semana, o médico nefrologista avaliará o paciente para que seja escolhida a melhor forma de tratamento para o paciente.

Os pacientes que realizam a terapia tendem a ter um acúmulo de líquidos, este é um problema frequente principalmente naqueles que possuem função residual menor, o ganho de peso entre uma diálise e outra deve ser controlado e se manter entre os 2-2,5kg ou de 3 a 4% do peso corpóreo. As alterações no peso corporeo é um reflexo do balanço entre as constantes entradas e saídas de agua, ingestão de alimentos, líquidos e a produção de diurese residual e as perdas sensíveis que podem acontecer no organismo (LOENZO; GÓMEZ; JOFRÉ, 1999). O ganho de peso pode se tornar uma importante medida para a observação da conduta do paciente frente à terapia no correto seguimento das orientações.

Apesar da maioria dos pacientes terem relatado perda de peso, são muitos os fatores relacionados principalmente ao ganho de peso interdialítico como idade. Com o passar da idade as percepções de sede e sabores diminuem, gênero, tempo de tratamento do hemodialíticos, estado nutricional e pressão arterial sistólica pré-diálise (NERBASS *et al.*, 2011). Provavelmente a maioria dos pacientes que foram constatados perda de peso não possuíam nenhum desses fatores citados anteriormente (PFRIMER; FERRIOLI, 2008)

Para uma melhor eficácia para o tratamento da IRC é o encaminhamento dos pacientes diagnosticados para o acompanhamento para a equipe de nefrologia. Em um estudo realizado por Roubicek *et al.* (2000) comparou pacientes com DRC que foram encaminhados precocemente ao nefrologista, definido por um período < 16 semanas antes do início da diálise com aqueles encaminhados tardiamente, definido por um período  $\geq$  16 semanas. O resultado do estudo comprovou que, comparados aos pacientes que foram encaminhados tardiamente, os pacientes encaminhados precocemente tinham algumas vantagens como: menos probabilidade de necessitar de diálise de urgência, controle da pressão arterial, menos edema agudo de pulmão e maior probabilidade de iniciar a diálise com um acesso vascular permanente. Além disso, os pacientes que encaminhados tardiamente apresentavam maiores riscos de morrer no primeiro ano de diálise (ISRANI *et al.*, 2003).

Durante o tratamento da doença renal crônica é necessário uma melhor preparação do paciente que inicia a terapia renal substitutiva, bem como a redução das taxas de hospitalização e mortalidade. O diagnóstico precoce e o encaminhamento adequado na tentativa de diminuir ou interromper a progressão da DRC estão entre as principais estratégias para um melhor prognóstico baseado também em um modelo de assistência interdisciplinar oferecendo os cuidados necessários (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011)

A maioria dos participantes de pesquisa relataram que os motivos que atrapalhavam a continuidade do tratamento foram o deslocamento e distância entre a residência e o local de realização da hemodiálise. Segundo Maragno *et al.* (2012), são inúmeras as dificuldades enfrentadas pelos pacientes em relação ao procedimento hemodialítico como por exemplo: tempo destinado a realização da diálise, adaptação aos novos hábitos e rotinas e dificuldades de transporte e locomoção até o estabelecimento onde as sessões são realizadas.

No geral o paciente renal crônico sofre diversas alterações nas atividades diárias em virtude da necessidade de realizar o tratamento e necessita de um suporte formal de atenção a saúde e isto depende da equipe de saúde e do suporte informal dos familiares (MARTINS; CESARINO, 2005)

Tem sido descritas muitas manifestações musculoesqueléticas em paciente em hemodiálise, principalmente as que se referem às complicações articulares, (BARDIN, 1990). Dentre essas complicações podemos encontrar as dores nas articulações dos membros superiores e inferiores. Em relação às dores musculares, Medeiros, *et al.*(2002) demonstra que pacientes que realizam a terapia de hemodiálise tendem ao desenvolvimento de alterações importantes no sistema muscular em virtude da atrofia da musculatura. O tratamento hemodialítico possibilitou um aumento da sobrevida dos pacientes com IRC e com isso as complicações musculoesqueléticas também surgiram, principalmente naqueles que estão há mais tempo realizando a hemodiálise (CARVALHO *et al.*, 1996).

A dor na cabeça é representada principalmente pela cefaleia que é um sintoma muito frequente em pacientes com IRC em terapia hemodialítica. Para Fermi (2010) a causa da cefaleia é em grande parte desconhecida, provavelmente pode estar associada a uma manifestação da síndrome do desequilíbrio- conjunto de sintomas sistêmicos e neurológicos que podem ocorrer durante ou logo após a diálise- como também pode estar relacionada a abstinência de algumas substâncias, como por exemplo, a cafeína. Estas e outras dores relatadas podem estar presentes no cotidiano dos pacientes hemodialíticos, contudo elas podem estar presentes também principalmente durante as após as sessões de hemodiálise.

As síndromes dolorosas que acometem o abdome podem ter como etiologia disfunções das vísceras abdominais, vísceras torácicas e lesão ou doença de músculo, fâscias e outras estruturas. A dor visceral é causada por alterações de órgãos ocos e cápsulas de vísceras sólidas como estomago, bexiga e o rim sendo o processo inflamatório um dos principais fatores precipitantes (ALVES NETO, *et al.*, 2009)

Segundo Daugirdas e Ing (1999), as principais complicações presentes durante a hemodiálise são: hipotensão (20% a 30% das diálises), câimbras (5% a 20%), náuseas e vômitos (5% a 15%), cefaleia (5%), dor no peito (2% a 5%), dor lombar (2% a 5%), prurido (5%), febre e calafrios (menos que 1%).

A grande proporção de indivíduos que relataram sentir dores nas pernas durante as sessões de hemodiálise pode estar relacionada às câimbras, que segundo o que já foi citado anteriormente é a segunda complicação mais frequente durante as sessões e está diretamente ligada ao quadro de hipotensão, que por ventura, ocupa o primeiro lugar no quadro de complicações (CASTRO, 2001; FERMI, 2003). A câimbra é definida como uma contração muscular involuntária, súbita e dolorosa (FORNO; HORBACH; SOARES, 2006). São varias as doenças e situações que podem manifestar-se como câimbras musculares, isoladamente ou em associação a outros sintomas; doenças neurológicas, doenças vasculares, doenças que levam a alterações eletrolíticas, cirrose e a depleção de volume que pode ocorrer durante a hemodiálise. Distúrbios eletrolíticos como hipomagnesemia, diminuição do cálcio sérico total e do cálcio iônico devido a hemodiálise em virtude da contração do volume extracelular ou por osmolaridade, e hiponatremia ou hipernatremia são causas de câimbras principalmente na existência de uma instalação rápida do quadro (FORNO; HORBACH; SOARES, 2006). Os três fatores mais predisponentes para na sua etiologia são: hipotensão, paciente de baixo peso seco e o uso de solução dialítica pobre em sódio (DAUGIRDAS, 1999), contudo, estudos como o de Nascimento e Marques (2005) mostram apenas a hipotensão em virtude de hipovolemia como o principal fator desencadeante das câimbras (DALGIRDAS, 2003; FERMI, 2003; BARROS, 1999; CALIXTO *et al.*, 2003; REIS, 2003).

A realização de uma avaliação do paciente com dor nos membros inferiores deve ter com objetivo a obtenção de detalhada história clinica e um cuidadoso exame físico clinico-neurológico para a formulação de hipóteses diagnósticas para melhor planejar as intervenções para um adequado tratamento. Identificar e tratar a dor são cruciais e existem diferentes métodos que podem ser utilizados no sentido de aliviar a dor crônica diante as diferentes condições (NASCIMENTO, 2009).

Apesar de ser considerada a quinta complicação mais frequente durante a terapia, a dor no peito, neste estudo ela ocupa o segundo lugar dentre as demais. Uma das causas mais frequentes da dor torácica são as afecções viscerais urológicas, que compreendem as patologias renais e uretrais (ROUBAUD *et al.*, 2009). Geralmente esta associada à dor lombar e ainda tem etiologia desconhecida, mas pode estar associada à ativação do sistema complemento (FERMI, 2010), ela ocorre em cerca de 1-4% dos tratamentos de diálise (NASCIMENTO; MARQUES, 2005) colocar no abdominal. A ocorrência de angina é frequente durante a diálise, e assim como esta, outras inúmeras causas potenciais para a dor torácica, como por exemplo, a hemólise, deve ser considerada no diagnóstico diferencial (FERMI, 2003). Em relação à angina, existe uma ligação direta entre a redução da volemia que leva ao baixo débito cardíaco levando a ativação de um mecanismo imediato de ativação do aumento da secreção de epinefrina que induz a vasoconstrição coronariana (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

A dor lombar, chamada também de lombalgia, ocorre de início agudo, e em algumas vezes é extremamente intensa e alguns autores relacionam a isquemia da cauda da equina. É extremamente importante o levantamento da história clínica do paciente bem como o início da evolução dos sintomas, o tipo, localização precisa da dor, irradiação e os fatores que predis põem que desencadeiam o quadro, assim como a piora ou a melhora do quadro. (ALVES NETO *et al.*, 2009).

A cefaleia ainda tem sua causa indefinida, podendo ser uma manifestação da síndrome do desequilíbrio, da hipertensão arterial ou até mesmo por abstinência da cafeína, pois a diálise retira essa substância do organismo. Normalmente a diálise pode desencadear a cefaleia severa em virtude da grande quantidade de deslocamento de água e de eletrólitos. Para o tratamento é utilizado analgésico por via oral ou parenteral e uma redução do fluxo sanguíneo principalmente na parte inicial da diálise (FERMI, 2010; DALGIRDAS, 2003; BARROS *et al.*, 1999). Existe dificuldade para sua classificação, caracterização clínica e entendimento dos seus mecanismos fisiológicos nos pacientes com IRC (ANTONIAZZI *et al.*, 2002). Segundo Terra *et al* (2010) as principais causas encontradas para a cefaleia são: hipertensão e hipotensão arterial, alterações no peso corporal e a ansiedade. Cefaleia associada à síndrome do desequilíbrio pode ser amenizada com a administração profilática de medicamentos anticonvulsivantes no início da diálise a todos os pacientes com níveis altos de ureia no sangue, também é adotada uma medida preventiva do fluxo de sangue de no máximo 300 ml/min e um capilar com área de menor superfície (ARAÚJO; SANTO, 2012). Se o

desequilíbrio for leve com a presença de cefaleia deve ser administrado soluções hipertônicas ou optar pela interrupção da diálise (FERMI, 2010; BARROS, 2006).

São poucos os estudos que demonstram dores abdominais em virtude do processo de hemodiálise como evidenciado nos estudos de Nascimento (2005), Terra *et al.* (2010) e Falcão (2010), contudo segundo Tomé (1999) os dialisadores novos podem provocar alguns sintomas da chamada Síndrome do primeiro uso. As reações do dialisador são classificadas em dois tipos: tipo A, mais rara que ocorre nos primeiros minutos da hemodiálise provocando dispneia intensa, hipotensão, dores abdominais, sensação de calor, prurido e outras manifestações; e a do tipo B que é mais comum, menos grave, ocorre também nos primeiros momentos da diálise, e provoca além de dor torácica a dor abdominal e outras manifestações, pode ser causada pela ativação do sistema complemento. A abordagem do paciente com dor abdominal necessita de conhecimento e a utilização de instrumentos diagnósticos e algumas condutas como: identificação de subgrupos de sintomas, outros fatores clínicos de relevância, achados no exame físico, a relação dos fatores psíquicos e sociais, tratamento, monitorização dos sintomas e se necessário o encaminhamento para a equipe multiprofissional. Ainda não existe um protocolo estabelecido para a determinação de estratégias diagnósticas e conduta terapêutica para pacientes com dor abdominal (KRAYCHETE; GUIMARÃES, 2009).

Dor crônica é caracterizada por um estado patológico bem definido, é uma disfunção do sistema somatossensorial, persistindo além da solução do processo da mesma, ela considerada um entidade patológica sendo por si só uma doença (ALVES NETO *et al.*, 2009). Segundo a taxonomia de Diagnósticos de enfermagem da NANDA (2011), dor crônica é definida como uma experiência sensorial e emocional que surge de alguma lesão tissular real ou descrita em termos de tal lesão causando sensação desagradável, de início súbito ou lento com intensidade variável, sem término antecipado ou previsível com duração de mais de 6 meses.

Pacientes que são submetidos ao tratamento hemodialítico apresentam uma queda na capacidade funcional que podem resultar em prejuízos na qualidade de vida (MARTINS; CASARINI, 2005). Os pacientes sofrem alterações significativas no sistema muscular tendo como consequência, fraqueza generalizada pela perda da força muscular (CUNHA *et al.*, 2009). Dentre outras manifestações musculoesqueléticas nos pacientes em hemodiálise estão presentes as manifestações articulares sendo esses fatores limitantes para o seu prognóstico em virtude da incapacidade dolorosa por elas provocada (BARDIN, 1990).

A dor epigástrica é considerada de diversas etiologias, quando classificada com dor aguda torna-se mais compreensível uma vez que é mais comumente gerada a partir de uma

única fonte periférica. Quando a dor epigástrica se torna uma presença constante e não se associa a uma etiologia do trato gastrointestinal, classifica-se como um transtorno gastrointestinal funcional (DROSSMAN, 2012). A dor epigástrica compreende também as dores abdominais e torácica, como elucidados anteriormente estão relacionadas com a ocorrência de angina que é frequente durante a diálise em virtude da hemólise, (FERMI, 2003) e as complicações em virtude da síndrome do primeiro uso, respectivamente (TOMÉ, 1999).

Próximo de um terço dos pacientes relataram sentir dor no local da lesão tecidual da incisão da fístula. Em um estudo realizado por Moreira e Araújo (2013), demonstrou que 42% dos pacientes participantes da pesquisa, relataram alguma intercorrência na fístula e dentre estas, a mais citada foi a dor no membro onde se localizava a incisão. É necessário manter uma relação estreita entre os pacientes e a equipe de enfermagem para a manutenção da fístula, a comunicação é extremamente necessária para favorecer o cuidado sempre desenvolvendo o binômio enfermagem e o autocuidado da clientela. Algumas medidas como: observação da lavagem da fístula, verificação do peso e pressão arterial, uso de equipamento de proteção individual, antisepsia do local da punção, exame físico da fístula para identificar alguma alteração, são medidas que podem ser aplicadas para a manutenção correta da incisão (MOREIRA; ARAÚJO, 2013).

Dentre as características definidoras, a incapacidade de realizar as atividades prévias foi representada por quase metade dos pacientes. São várias as consequências das alterações físicas no cotidiano do portador de doença renal crônica, sendo que a hemodiálise repercute de forma direta nessas alterações. Frequentemente nos dias em que ocorrem as diálises há a existência de mal estar e fraqueza e geralmente os pacientes sentem-se incapazes de realizar alguma atividade e passam o resto do dia na cama (OLIVEIRA; MARQUES, 2011).

São inúmeras as restrições impostas ao paciente que realiza a terapia, que geram mudanças significativas no cotidiano, muitas das limitações não permitem realizar esforço físico, carregar peso, subir escadas, sendo necessária uma adaptação e aceitação a sua condição de vida que interfere na qualidade de vida, sendo esse um processo demorado e complexo (SANTOS; ROCHA; BERDINELI, 2011).

A expressão facial é um importante instrumento para dimensionar a dor. Avaliar a dimensão comportamental da dor é extremamente importante, pois as expressões de sofrimento e atitudes são indicadores do convívio dos pacientes com a dor. O comportamento da dor consiste em uma adoção de uma série de sinais, atitudes e posturas que podem evidenciar como o indivíduo se sente de forma verbal ou não verbal, sendo influenciado por

questões históricas e culturais que pode variar ao longo da vida de pessoa para pessoa (FORDYCE, 1990).

Os indivíduos que são acometidos por dor crônica passam a modificar seus comportamentos, deixando de ser globais e passando a dar ênfase na doença, podendo exacerbar o comportamento doloroso (STRAUB, 2005; WADDELL; PILOWSKY, 1989).

São muitos os comportamentos evidenciados aos pacientes portadores de dor crônica. Eles podem apresentar comportamentos que comunicam dor que se caracterizam pela maneira como é expressa a intensidade do seu desconforto como choro, gemidos, expressões faciais, restrição de movimentos e postura corporal-posição reclinada, sentada ou ortostática (ALVES NETO *et al.*, 2009). Distúrbio do sono e mudança no padrão do sono são representados pelo relato de 8 e 14 pacientes, respectivamente. O sono é uma das funções mais afetadas pela dor aguda ou crônica. Diversos estudos discutem diferentes quadros de dor e alterações no sono que combinados causam grande impacto em todos os aspectos da qualidade de vida e aumentam o risco de desenvolver doenças psiquiátricas ou outras patologias (ROEHRS; ROTH, 2005).

A queixa de sono mais comum entre os pacientes que sentem dor relaciona-se a sensação de sono não restaurador e a fadiga (ALVES NETO *et al.*, 2009)- representada por 9 indivíduos. O transtorno do sono associado a dor mais frequente é a insônia, que se refere ao prejuízo na qualidade ou na duração do sono e estão diretamente ligadas a intensidade da dor (ALVES NETO *et al.*, 2009).

Os prejuízos desenvolvidos em virtude das alterações do sono somam-se aos quadros de dor, configurando-se um conjunto de sintomas, sentimentos e sensações que se manifestam fisicamente e mentalmente e as consequências na qualidade de vida são inquestionáveis. Para a tentativa da resolução deste problema é necessário um trabalho multidisciplinar e, embora a qualidade do sono esteja ligada aos sintomas dolorosos, autores sugerem a terapêutica do sono como a principal medida a ser adotada (PETERSON, 2005).

Um tratamento psicológico deve evidenciar os aspectos históricos da dor e do sono, sua interligação e os aspectos atuais, a relação entre o doente e o profissional deve ser construída para observar e entender as questões psicológicas que estão presentes na dor e das perturbações do sono (ALVES NETO *et al.*, 2009).

Em relação ao medo de novas lesões, indivíduos deste estudo em quase um terço apresentaram essa característica definidora para o diagnóstico de dor crônica. A experiência emocional da dor ocorre através de vários sentimentos sensoriais intimamente ligados ao corpo, à sensação de que “algo está para acontecer” e sentimentos desagradáveis de mal-estar.

Nesse sentido, a emoção mais presente associada a dor é o medo, e este, por sua vez, está associado intimamente à ameaça a integridade biológica, ao bem estar, podendo desencadear diversos problemas como um estado de ansiedade e de pânico (BIDARRA, 2010).

Na área da dor crônica existem crenças que são capazes de influenciar na magnitude do quadro doloroso, na aceitação ao tratamento e na piora da incapacidade. Dentre essas crenças destacam-se a cura, auto eficácia frente à dor, o medo da dor e a hesitação do movimento frente à possibilidade de adquirir novas lesões (PIMENTA; CRUZ, 2006; SALVETTI *et. al.*, 2012)

O medo da dor e da lesão são fatores que influenciam de maneira significativa o desenvolvimento e perpetuação da incapacidade e podem reduzir os níveis de atividade diária (STORHEIM *et al.* 2005; SWINKLES-MEEWISSE *et al.* 2006).

O relato verbal de dor esteve presente em 22 pacientes entrevistados. A dor é considerada uma um fenômeno multidimensional como componentes emocionais, sensoriais e cognitivos, trata-se de um fenômeno de dimensões psicológicas acompanhadas de lesão real ou potencial do tecido e englobam diversas áreas do conhecimento como a fisiologia, história e estilo de vida, tipos de aprendizagem, ambiente social, cultura dentre outros (FRUTUOSO; CRUZ, 2004).

As medidas psicológicas são recursos que possibilitam a investigação da experiência dolorosa e dos aspectos relacionados a essas experiências. As palavras (relato verbal ou descrito) tem papel fundamental nos instrumentos desenvolvidos para auxiliar na avaliação psicológica que possibilitam o acesso aos aspectos relacionados à dor. (FRUTUOSO; CRUZ, 2004). O relato verbal é um dos principais veículos de acesso aos estados psicológicos relacionados com a vivência da dor e os profissionais devem ter cuidado ao avaliar os quadros dolorosos no sentido de ampliar a compreensão e as características da pessoa portadora da dor (FRUTUOSO; CRUZ, 2004).

É importante que todos os profissionais de saúde incluindo o profissional enfermeiro tenha conhecimento a respeito dos processos que envolvem a dor, pois este é um grande causador de problemas psicossociais e físicos. É necessário realizar uma avaliação correta composta por anamnese e exame físico que implicará em um tratamento bem sucedido (CARVALHO; REZENDE, 2013)

A avaliação da dor deve esta acoplada aos demais sinais vitais, garantindo imediata intervenção e reavaliação subsequentes. O registro é de extrema importância para que possibilite a evolução dos pacientes e se realize os ajustes necessários no tratamento, dessa forma assegura-se que os pacientes tenham acesso as intervenções para o controle da dor da

mesma forma que se da ao tratamento das alterações dos demais controles (SBED, 2010). A avaliação é uma importante ferramenta para que ocorra o alívio adequado da dor, sendo realizada no início, e durante todo o tratamento ou enfermidade (KAZANOWSKI; LACCETTI 2005).

Sendo o exame físico a principal ferramenta utilizada para mensuração da dor, é necessário verificar se os instrumentos utilizados são adequados para o paciente, pois poderão surgir necessidades e intervenções especiais. É o exame físico que demonstra ao examinador a localização da dor e posteriormente desenvolver o diagnóstico da causa da dor. Ao realizar o procedimento o examinador deverá ter cuidado ao realizar palpação percussão em virtude da existência das áreas dolorosas e sensíveis (KAZANOWSKI; LACCETTI 2005).

Em virtude de tamanhas intercorrências discutidas anteriormente, é essencial para o sucesso da terapia, profissionais bem capacitados dispostos a trabalhar junto com a equipe multiprofissional objetivando minimizar os índices de problemas potencializando a qualidade de vida dos pacientes hemodialíticos.

Por fim após análise deste trabalho pode-se aplicar diversas intervenções para o alívio da dor nesses pacientes. Das mais variadas medidas podem ser realizadas, desde as mais simples até as mais complexas. O simples ajuste das poltronas, de travesseiros e apoios, podem auxiliar no alívio da dor. Ações não farmacológicas como: massagens, compressas, e alguns exercícios passivos também podem ser aplicados. Saber ouvir as queixas e identificar os fatores emocionais que interferem no tratamento é uma ferramenta importante no processo de alívio da dor, pois a conversa pode se tornar um momento de descontração e relaxamento. Utilizar atividades como jogos, filmes, animações durante as sessões são instrumentos que são bem vindos para a melhora do quadro de dor.

## 8- CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou a descrição do perfil demográfico de pacientes atendidos em uma Unidade de Hemodiálise que são representados pelo sexo masculino, com uma faixa inferior a 100 meses em tratamento, quase a maioria perde peso após as sessões, os principais locais acometido pela dor são: a cabeça, tórax, abdome e costas, com prejuízos nas AVD e no sono e a maioria referiram tem incapacidade física relacionada a dor.

Dentre os sinais que evidenciaram a insuficiência renal crônica e que foram essenciais para o início do tratamento da diálise foram: o edema de membros inferiores e alterações em exames de rotina, mais precisamente nos níveis de creatinina e ureia. Estes dentre outros são um dos principais sinais e sintomas que podem evidenciar a IRC e concomitantemente foram os mesmo sinais e sintomas que levaram os pacientes a buscarem ajuda médica.

Uma vez diagnosticada a IRC a principal terapia indicada é a hemodiálise. O tempo foi variável em relação ao início da hemodiálise após o diagnóstico, enfatiza-se que quanto mais postergar o diagnóstico poderá interferir na sobrevida dos pacientes, aqueles que demoram mais para iniciarem a hemodiálise possuem uma probabilidade de sobrevida menor..

Quando iniciado o tratamento é necessária uma avaliação completa do paciente, isso inclui as características socioeconômicas. Fatores com transporte e localidade de residência distante do local da realização da terapia, interferem de forma significativa na continuidade do tratamento, uma vez que a maioria dos pacientes necessitam ir pelo menos três vezes por semana na unidade de hemodiálise.

São diversas as complicações que podem surgir durante a hemodiálise, dentre uma delas encontra-se a Dor Crônica, que é tratado não somente como um sintoma, mas também possui suas características individuais, sendo considerada uma doença em si. Foi possível observar que a maioria dos pacientes apresentavam dor em algum localidade, sendo as mais frequentes nas regiões dos membros inferiores, cabeças, tórax, abdome e região lombar.

A dor pode surgir em decorrência de diversos fatores, principalmente durante a terapia da diálise. Ela está relacionada principalmente a incapacidade física crônica, distúrbios no sono, dores na incisão e medo de novas lesões, evidenciadas principalmente pela presença da dor em locais como as pernas, abdome, tórax e local da incisão da FAV e também aos fatores psíquicos e emocionais como as mudanças no padrão do sono.

São diversas as ações que podem ser realizadas para o alívio da dor, e estas podem ser realizadas pela equipe multiprofissional, mas enfocando nas ações de enfermagem. A realização de uma anamnese bem feita possibilita a identificação e caracterização da dor, para

que as intervenções possam ser realizadas, a administração de ações não farmacológicas, terapia de calor e frio, movimentos, massagens podem ser realizadas antes das ações farmacológicas, que dentre estas estão presente principalmente a administração de analgésicos e o manuseio correto da maquina adequando as necessidades de cada paciente. Uma conversa e momentos de distração também podem trazer um melhor conforto aos pacientes.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas estão frequentemente presente na população desempenham um importante papel no quadro de morbidade e mortalidade, gerando diversos problemas médicos sociais e econômicos. A insuficiência renal é uma dessas doenças e que por sua vez gera uma gama de adversidades no quadro de saúde dos pacientes acometidos por essa doença.

Apesar do país desenvolver ações que englobam todos os níveis de atenção à saúde e com os significativos avanços das tecnologia no tratamento com o uso da hemodiálise a IRC necessita de correta e satisfatória avaliação para determinar as principais complicações que podem aparecer durante o tratamento.

Dentre os inúmeros problemas que podem ser encontrados nos indivíduos que realizam hemodiálise podemos encontrar a dor crônica. Partindo desse principio o presente trabalho possibilitou identificar o diagnostico de dor crônica nos pacientes em tratamento hemodialíticos a partir da avaliação da dor no momento da hemodiálise, antes e após, bem como possibilitou concluir que a dor crônica esteve presente na maioria dos casos estudados, sendo que a maior parte desses indivíduos descreve a dor principalmente nos membros inferiores, englobando as dores articulares, musculares e câimbra, na região torácica, dor abdominal. As principais características definidoras relacionados a dor crônica de acordo com a taxonomia da NANDA foram a incapacidade física crônica referindo dores musculares e queimação; a presença de dor na lesão tecidual no local da fístula, alterações na capacidade de continuar atividades previas, distúrbio do sono e mudança no padrão do sono, medo de novas lesões, expressão facial e relato verbal de dor.

As ações multidisciplinares e da equipe de enfermagem são de extrema importância para a manutenção de uma melhor qualidade de vida aos pacientes no que desrespeita ao processo de enfrentamento e tratamento da dor crônica, uma vez que trata-se de uma situação presente de forma constante na vida desses pacientes. Uma avaliação, anamnese e exame físico bem aplicado podem ser uma ferramenta eficaz no processo de avaliação e identificação da dor, para que as intervenções sejam aplicadas da melhor forma com intuito de amenizar a dor crônica.

Os objetivos propostos foram atingidos à medida que foi possível avaliar a dor crônica nos pacientes em terapia da hemodiálise, os principais fatores relacionados, localidade da dor e as principais características da população estudada, bem como elucidar as intervenções pertinentes com a finalidade de solucionar ou reduzir a percepção da dor.

A realização deste trabalho foi de extrema importância para o aprofundamento de conhecimentos a respeito da Insuficiência Renal Crônica, o tratamento hemodialítico e dos principais acometimentos aos pacientes que realizam a terapia. O aprofundamento nos estudos a respeito da dor foi importante não só para a realização a assistência ao paciente hemodialítico, mas também podem ser direcionados a outros pacientes que possuem doenças crônicas e passam pelo enfrentamento da dor crônica.

Em virtude da magnitude do processo de enfrentamento da dor nos pacientes que realizam hemodiálise, é extremamente importante que os profissionais enfermeiros e os demais, que compõe a equipe multidisciplinar, tenham a consciência da importância da avaliação da dor tanto durante o ato da terapia, antes ou depois, para determinarem as principais intervenções que possam ser aplicadas com a finalidade da melhoria da qualidade de vida e melhores resultados do tratamento.

## 10-REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

ALVES NETO, O.A. **Dor: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ANTONIAZZI, A. L, *et al*. Cefaléia relacionada a hemodiálise: análise dos possíveis fatores desencadeantes e do tratamento empregado. **Revista Arq. Neuropsiquiatria do Departamento de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, São Paulo, v.3A, n.60, mar.2002. Disponível em <<http://www.lilacs.com.br>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

ARAÚJO, A, C, S; SANTO, E. E. A importância das intervenções do enfermeiro nas intercorrências durante a sessão de hemodiálise. **Caderno saúde e desenvolvimento**. Ano:1, n. 1. p. 44-58. jul-dez. 2012.

BANA, D,S, YAP, A,U, GRAHAM, J,R. **Headache during hemodialysis**. *Headache* 1972;12:1-14

BARDIN, T: Les complications rhumatologiques et l' amylose desdialysés. **Rev Prat** 40(7): 619-624, 1990.

BARROS E, MANFRO, R,C, TOMÉ, F,S, *et al*. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.

BARROS, E. *et al*. **Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARROS, E, MANFRO, R. C, THOMÉ F.S, GONÇALVES, L.F.S. **Nefrologia, rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 1999.

BASTOS, M. G; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrol.** [online]. 2011, v..33, n.1, pp. 93-108. ISSN 0101-2800. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>.

BIDARRA, A.P. **Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor crônica oncológica**. 26 jan. 2010. p. 389. Dissertação. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hemodiálise: Mais dinheiro para ampliar o serviço.** Brasília-DF; 2012. Acesso em: 31 mar. 2014. Disponível em: [portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4458/162/recursos-para-hemodialise-aumentam-em-r\\$-1816-mi.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4458/162/recursos-para-hemodialise-aumentam-em-r$-1816-mi.html). Acesso: 07 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar – por local de residência – Brasil.** Taxa de mortalidade por ano de processamento segundo unidade da federação. Lista de morbidade CID-10: insuficiência renal. Período: janeiro de 2008 a agosto de 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def> . Acesso em: 25 set. 2014.

CALIXTO, R.C, LOREÇON, M. CORRÊA, M. S. M. F, CRUZ, A. P, MARTINS, L.C, BARRETI, P, *et al.* Intercorrências dialíticas em hemodiálise. **J. Bras. Nefro.** v.25 (Supl 1): 7 HD ENF 16. 2003.

CARVALHO, F.C; REZENDE, A.C.C. **A enfermagem nos cuidados ao paciente com dor :** revisão de literatura. Revista Saúde e Desenvolvimento, v.4 n.2 , jul/dez 2013

CARVALHO A,B, LUCCA, Jr. L, KUBRUSKY M, JORGETTY, V: Fisiopatologia, clínica e tratamento da osteodistrofia renal. In: Riella MC (eds.): **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos.** 3ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 494-502.

CASTRO, M.; CAIUBY, A, V, S; DRAIBE, S. A; CANZIANI, M, E, F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev. Ass. Med. Bras.,** São Paulo, v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a25v49n3.pdf>. Acesso em: 02 out. 2014.

CASTRO, M.C.M. **Atualização em diálise:** complicações agudas em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.** v. 23, n.2, p. 108-13, 2001.

CHACCUR, M. I. B. . "Análise da implementação do planejamento da assistência de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino". **Rev. Bras. Enf.,** Brasília, v. 37, n. 3/4, p. 218-227, 1984.

CUNHA, M. S. *et al.* Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. **Fisioter. Pesqui.** [online]. 2009, v.16, n.2, pp. 155-160. ISSN 1809-2950. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502009000200011>. Acesso: 6 abr. 2015.

DALLÉ, J; LUCENA, A,F. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. **Acta. Paul. Enf.**, v. 25, n.4: p.504-10, 2012.

DAL MOLIM, R. S. **Cuidando da Dor na Perspectiva da Enfermagem**. Goiânia: AB, 2004.

DAURGIDAS, J.T, ING, T. S. **Manual de diálise**. 2 ed, Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

DAUGIRDAS, J. T. **Manual de diálise**. 3 ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2003.

**Diagnósticos de enfermagem da NANDA** : definições e classificação. 2009-2011.

DOENGES, M, E; MOORHOUSE, M, F; GEISSLER, A, C. **Planos de cuidados de enfermagem**- Orientações pra o cuidado individualizado ao paciente. 5. ed.; Philadelphia: Guanabara Koogan. 2003.

ESTEVES, L. S. F. Dor. In: **Saberes e Práticas: guia para o ensino e aprendizado de enfermagem**. 5. ed. São Paulo: Difusão, 2009.

FALCÃO, R, A. Atribuições da enfermagem nas principais intercorrências durante a sessão de hemodiálise [monografia]. Porto alegre: Trabalho de conclusão de curso, 2009.

FERMI, M. R.V. **Diálise para a enfermagem: guia prático**. 2. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2010.

FERMI, M. R. V. **Manual de diálise para a enfermagem**. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

FORDYCE, W.E. Learned pain: pain as behavior . In: BONICA, J.J. **The management of pain**. 2nd ed. Philadelphia: Lea Febiger, 1990. p. 291-299.

FORNO, A.D; HORBACH, S.J; SOARES, J.L.M.F. Cãimbras. In: ROSA, A.A.A; SOARES, J.L.M.F; BARROS, E. **Sinais e sintomas na prática médica**. Porto Alegre: Arned, 2006.

FRUTUOSO, J. T; CRUZ, R. M. Relato verbal na avaliação psicológica da dor. **Aval. psicol.** [online]. 2004, v.3, n.2, pp. 107-114. ISSN 2175-3431. Acesso em: 7 mar. 2015.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN-IASP. Pain terms: A current list with definitions and notes on usage. **Pain.**, suppl. 3, p.215-221,1986.

ISRANI A, KORZELIUS C, TOENSEND R, MESLER D. Management of chronic kidney disease in an Academic Primary Care Clinic. **Am J Nephrol.** v.23: p. 47-54, 2003.

HARDOUIN, P; FLIPO, R, M; FOISSAC-GEGOUX, P; THEVENON, A; POUYOL, F; DUQUESNOY, B; DELCAMBRE, B. Current aspects of osteoarticular pathology in patients undergoing hemodialysis: study of 80 patients. Part 1. Clinical and radiological analysis. **J. Rheumatol.**, v. 14, p.780-783, 1987.

HORTA, W de A. **Processo de enfermagem.** São Paulo, EPU/ EDUSP, 1979. Disponível em:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532002000200006&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532002000200006&lang=pt). Acesso em: 02 out. 2014.

IMAMURA, M; IMAMURA, S.T; FURLAN, A.D. Lombalgias. In: ALVES NETO, O. A. et al. **Dor: princípios e práticas.** Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 556-579

IYER, P. W. *et al.* **Processo e diagnóstico em enfermagem.** Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

JUNQUEIRA, L, C., CARNEIRO. **J. Histologia básica.** 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.427, 1999.

JÚNIOR, J. E. R. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J. Bras. Nefrol.**, v. 26, n. , supl. 1, p. 1 e 2. 2004.

KAY, J, Hano J: Doenças musculoesqueléticas e reumatológicas. In: Daugirdas J, Blake P, Ing T. **Manual de Diálise**, 3ª ed., Belo Horizonte, MEDSI, 2003.

KAZANOWSKI, Mary K.; LACCETTI, Margaret S. Teoria da dor. In: **Dor: Fundamentos, abordagem clínica e tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 1, p. 3-19.

KAZANOWSKI, Mary K.; LACCETTI, Margaret S. Avaliação da dor. In: **Dor: Fundamentos, abordagem clínica e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 2, p. 23- 38.

KAZANOWSKI, Mary K.; LACCETTI, Margaret S. Intervenções para alívio da dor. In: **Dor: Fundamentos, abordagem clínica e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 3, p. 41-62.

KDIGO 2012. **Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease**. Vol. 3, ISSUE 1, JAN, 2013.

KOEPE, G, B, O; ARAUJO, S, T, C. A percepção do cliente em hemodiálise frente à fístula arteriovenosa em seu corpo. **Acta. Paul. Enf.**, v.21, p. 147-151, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000500002>. Acesso: 10 set. 2014.

KRAYCHETE, D. C. GUIMARÃES, A. C. Dor abdominal crônica. In: ALVES NETO, O. A. *et al.* **Dor: princípios e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 748-6

LEBOEUG- YDE, C.; KYVIK, K.O.; BRUUN, N. H.. **Low back pain and lifestyle** . Part 1: Smoking: information from a population- based sample of 29, 424 twins , *Spine*, v. 23, n. 20, p. 2207- 2213, 1998.

LOENZO I, GÓMEZ J, M, L, JOFRÉ R. Balance hidrosalino en pacientes en hemodiálisis y su repercusión cardio vascular. In: Valderrábano F. **Tratado de hemodiálises**. Barcelona: Médica Jims; 1999. p. 301-25)

MARTINS, M.R.I, CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-am Enfermagem.**; v.13: p.670-6, 2005

MEDEIROS, A, J, S; MEDEIROS, E, M, D. Desafios do tratamento hemodialítico para o portador de insuficiência renal crônica e a contribuição da enfermagem. **Rev. Bras. Edu. e Saúde.**, Pombal-PB, v.3, n.1, p. 1-10, 2013.

MEDEIROS R,H, PINENT C,E, MEYER F. Aptidão física de individuo com doença renal crônica. **J Bras Nefrol**.v.24: p.81-7. 2002

MOREIRA, A. G. M; ARAUJO, S. T. C; TORCHI, T. S. Preservação da fístula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente.**Esc. Anna Nery** [online]. 2013, v.17, n.2, pp. 256-262. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200008>. Acesso em: 10 fev. 2015.

MORESI, E. **Metodologia da pesquisa**. Universidade Católica de Brasília. Programa de pos graduação stricto sensu em gestão do conhecimento e tecnologia da informação. Brasília, março, 2013.

NASCIMENTO C.D, MARQUES, I.R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Rev Bras Enferm** nov-dez; v. 58(6):p.719-22. 2005

NASCIMENTO, O.J.M. Dor nos membros inferiores. In: ALVES NETO, O. A. et al. **Dor**: princípios e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 696-700

NERBASS, F, B, *et al.* Fatores relacionados ao ganho de peso interdialítico em pacientes em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.** [online]. 2011, v.33, n.3, pp. 300-3005. ISSN 0101-2800. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000300005>. Acesso em: 10 mar. 2015.

OLIVEIRA, M, L; BATISTA, G, M; ESPÍNDOLA, B, M. Indicadores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a hemodiálise. **Rev. Eletr. de Enf. do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição.**, v. 1, n.1, p.1-16, 2010. Disponível em:<[http://www.ceen.com.br/revista\\_eletronica](http://www.ceen.com.br/revista_eletronica)> . Acesso em: 20 jan. 2015.

OLIVEIRA S.G; MARQUES, I.R. Sentimentos do paciente portador de Doença Renal Crônica sobre a autoimagem. **Rev Enferm UNISA** 2011; v.12(1): p.38-42.

PALHARES G, ELIANE M; APARECIDA S, C; FERREIRA, E; ELLER S, M. Utilização do plano de cuidados como estratégia da sistematização da assistência de enfermagem. **Cienc. Enf.** [online]. v.8, n.2, p. 49-58, 2002.. ISSN 0717-9553. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000200006>. Acesso em: 02 mar. 2015.

PETERSON, J. Understanding fibromyalgia and its treatment options: the nurse practitioner : **Am. J. Primary Health Care**, v.30, n. , p. 48-55, 2005.

PFRIMER K, FERRIOLI E. Fatores que interferem no estado nutricional do idoso. In: Vitolo MR. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p.459-632.

PIMENTA, C.A, CRUZ, D.A. Crenças em dor crônica: validação do inventário de atitudes frente à dor para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**;v.40(3):p.365-73, 2006.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

QUINTINO, T, D; MILLAN, W, C; DIAS, C, A. Uso da música pela enfermagem como auxílio terapêutico na hemodiálise. **Revista científica da faculdade de educação e meio ambiente**. p. 63-66, 2011.

REIS, E. M. K, SILVA, T. S. Eventos mórbidos intradialíticos em nefropatas diabéticos e não diabéticos: caracterização e condutas. **J Bras Nefro** 2003; 25 (Supl 1): 7; HD ENF 18

RICHARDSON, R, J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

ROMÃO, J. J. E. **Insuficiência renal crônica**. In: CRUZ, J.; PRAXEDES, J.N.; CRUZ, H. M. M. Nefrologia. 2. ed. São Paulo: Sover, p. 248-265, 2006.

ROUBAUD, P.L.M.G et. al. Dor torácica. In: ALVES NETO, O. A. et. al. **Dor: princípios e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 764-776

ROUBICEK C, BRUNETt P, HUIART L *et al*. Timing of nephrology referral: influence on mortality and morbidity. **Am J Kidney Dis**; v.36:p.35-41, 2000.

SALVETTI, M.G; PIMENTA, C.A; BRAGA, P.E; CORRÊA, C.F. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Rev Esc Enferm USP**. v.46(Esp):p.16-23, 2012.

SANTANA, S, S; FONTENELLE, T; MAGALHÃES, L.M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Revista científica do ITPAC**, Araguaína, v.6, n.3, Pub. 5, julho 2013.

SÁNCHEZ, A. H. Accesos vasculares para hemodiálisis. **Cuad. Cir.**, v. 8, p. 31-37, 1994.

SANTOS, I; ROCHA, R, P, F; BERARDINELLI, L, M, M. Qualidade de vida em clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1: p. 31-38. 2011<sup>a</sup>

SANTOS, P. R. **Comparação da qualidade de vida entre pacientes em hemodiálise aguardando e não aguardando transplante renal em uma região pobre do Brasil**. **J. Bras. Nefrol**.v.33(2):p.166-172, 2011b.

SCHRIER, R, W. **Manual de nefrologia**. São Paulo, SP: Tecmedd, 2008.

SESSO, R. C. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; BURDMANN, E. A. Censo Brasileiro de Diálise, 2009. **J. Bras. Nefrol.**, v. 32, n. 4, p. 383, 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Tratamento de doenças. **Hemodiálise**. 2015. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/publico/hemodialise>. Acesso em: 13 abr, 2015.

SOMMER, R; VALEN, G, J; ORI, Y, *et al.*: Sonographic features of dialysis-related amyloidosis of the shoulder. **J. Ultrasound. Med.**, v.19, p. 765-770, 2000.

SOUZA, F. A. E. F.; HORTENSE, P. Mensuração da Dor. In: **Dor 5º sinal vital**: reflexões e intervenções de enfermagem. 2. ed. revista e ampliada. São Paulo: Martinari, 2007.

STORHEIM, K; BROX, J.I, HOLM, I; BO, K. Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: a 12-month follow-up study. **Journal of Rehabilitation Medicine**, **37**, 365-371.

STRAUB, R.O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SWINKELS-MEEWISSE, I.E.J; ROELOFS, J; OOSTENDROP, R.A.B; VERBEEK, A.L.M; VLAEYEN JWS. Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. **Pain**, *120*,36-43

TERRA, F. S. et. al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Rev Bras Clin Med**. 2010 8(3):187-92

THOMÉ, F. S. et al. Métodos dialíticos In: BARROS, Elvino et al. **Nefrologia**: rotinas, diagnóstico e tratamento. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. Cap.31, p.446-451.

WINDDELL, G; PILOWSKY, I.B.M. Clinical assessment and interpretation of abnormal illness behavior in low back pain. **Pain.**, v.39, p. 41-53, 1989.

## 11- ANEXOS

### 11.1-ANEXO A- QUESTIONÁRIO

#### Instrumento de coleta de dados dos pacientes portadores de IRC em tratamento de hemodiálise

##### Dados Pessoais

Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F

Endereço: \_\_\_\_\_

Tipo de moradia: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Emprestada

Número de cômodos na casa: \_\_\_\_\_

Saneamento básico: ( ) Asfalto ( ) Água encanada ( ) Esgoto ( ) Luz elétrica

Telefone: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado

Filhos: ( ) Sim ( ) Não N° de filhos: \_\_\_\_\_

Número de pessoas na casa: \_\_\_\_\_

Número de pessoas que trabalham na casa: \_\_\_\_\_

Renda mensal: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

##### Estilo de vida

Tabagista: ( ) Sim ( ) Não

Há quantos anos? Grau consumo/dia \_\_\_\_\_

Etilista: ( ) Sim ( ) Não

Há quantos anos? Grau consumo/dia : \_\_\_\_\_

Hipertensão arterial: ( ) Sim ( ) Não Há quantos anos? \_\_\_\_\_

Diabetes Mellitos : ( ) Sim ( ) Não Há quantos anos? \_\_\_\_\_

Quantas vezes você se alimenta por dia? \_\_\_\_\_

Volume de líquidos ingeridos diariamente: Tipo e quantidade?

\_\_\_\_\_

Você possui a função de excreção de urina? Quantas vezes por dia e quantidade?

\_\_\_\_\_

Dorme quantas horas por dia? \_\_\_\_\_ ( ) Normal ( ) Insônia ( ) Sonolência

Doença crônica anterior: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Cardiopatias ( ) Neoplasias

Antecedente familiar: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Cardiopatias ( ) Neoplasias

Possui alguma alergia? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Já fez alguma cirurgia? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Faz uso de medicamentos de uso contínuo: \_\_\_\_\_

## Insuficiência Renal Crônica

Quais foram os sinais e sintomas que levaram você procurar o médico?

---

---

Há quanto tempo foi diagnosticado sua doença em anos?

---

---

Há quanto tempo iniciou o tratamento de hemodiálise em anos?

---

---

Quantas sessões você faz por semana:

1X ( ) 2X ( ) 3X ( ) mais de 3 (descrever: \_\_\_\_\_)

Sente dor? ( ) sim ( ) não

Quais os medicamentos que você utiliza?

---

---

Qual era seu peso antes do tratamento e qual é o seu peso atual?

---

---

Qual é o principal fator que lhe atrapalha a fazer o tratamento?

---

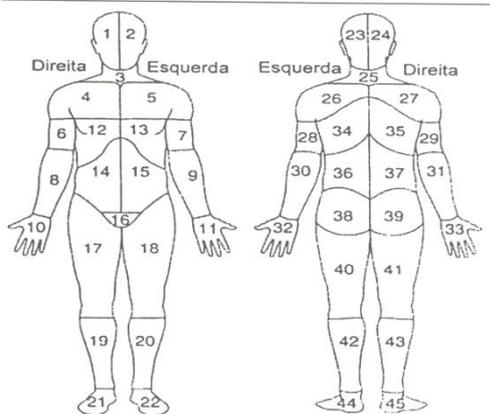
---

## Caracterização da dor

1- Você sente dor depois de ter começado a fazer o tratamento de hemodiálise?

( ) Sim ( ) Não

2- Na figura abaixo, marque com um X a(s) área(s) onde você sente dor/desconforto.



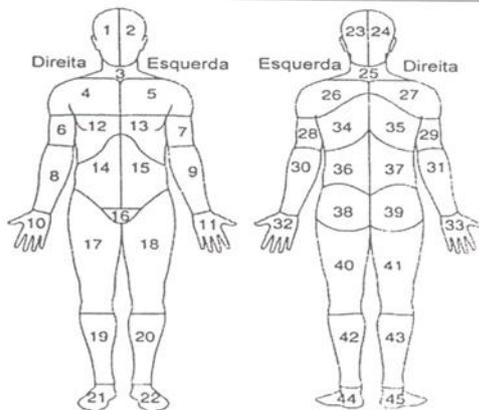
3 -Marque na Escala Numérica de Dor o número da região de acordo com a intensidade da dor, sabendo que 0 representa “nenhuma dor” e 10 a “pior dor possível”.

---

\_\_\_\_\_

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3 - Marque e circule no boneco a dor que mais lhe incomoda nas sessões de hemodiálise:



4 - A dor começou desde quando?

5 - A dor costuma aparecer?

( ) Antes da sessão ( ) Durante a sessão ( ) Depois da sessão

6 - Marque um x nos espaços que antecedem as situações em que a dor prejudica:

o humor

a capacidade de participar e atividades sociais, recreativas e familiares.

a capacidade de realizar atividades diárias (trabalho doméstico, alimentar-se, vestir-se, banhar-se, movimentar-se independentemente, fazer compras e utilizar o telefone)

as relações com outras pessoas

o sono

a capacidade de aproveitar a vida

#### Diagnósticos de enfermagem

Dor crônica	Parâmetros de Avaliação
Incapacidade física crônica	Paciente refere dor? ( ) Sim ( ) Não Qual o local? _____ Há quantos dias? _____ Tipo de dor _____ Intensidade 0/10 __ (avaliado por VAS e NRS) ( ) <b>Biológicos</b> (avaliar presença de lesão tecidual, incisão cirúrgica, processo inflamatório) ( ) Incisão ( )dreno mediastinal ( ) pleural ( ) outras regiões: Outras lesões na pele mucosa: ( ) <b>Químicos</b> Contato com agentes químicos lesivos?: Descrever: _____ ( ) <b>Físicos</b> . Sofreu ação lesiva decorrente de exposição ao frio ou calor? Descrever: _____ ( ) <b>Psicológicos</b> . O paciente enfrenta algum tipo de angústia ou sofrimento psíquico? Descrever: _____
Agitação	( ) Não ( ) Sim Qual? _____ ( ) andar de um lado para outro ( ) procurar outras pessoas e/ou atividades ( ) atividades repetitivas

Alteração da capacidade de continuar atividades prévias.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Depressão	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Expressão facial	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Distúrbio do sono	<input type="checkbox"/> Olhos sem brilho <input type="checkbox"/> Aparência abatida <input type="checkbox"/> Careta <input type="checkbox"/> Movimentos fixo ou disperso <input type="checkbox"/> Queixa do problema
Fadiga	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Comportamento observado de proteção.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Comportamento observado de defesa	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Irritabilidade	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Medo de novas lesões	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Mudança no padrão de sono	Tônus muscular: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> rígido <input type="checkbox"/> relaxado
Relato verbal	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Resposta mediadas pelo sistema simpático	<input type="checkbox"/> temperatura <input type="checkbox"/> frio <input type="checkbox"/> mudança na posição do corpo <input type="checkbox"/> hipersensibilidade
Relato codificado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

## 11.2 ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

O (a) Senhor (a) é nosso convidado (a) a participar do projeto: Manifestações clínicas da anemia na doença renal crônica e o cuidado assistencial da equipe de enfermagem. O nosso objetivo é ajudar os profissionais de enfermagem prestados a cuidarem dos problemas causados pela anemia em pacientes com doença renal crônica que realizam hemodiálise em um hospital público do Distrito Federal, melhorando a qualidade da assistência prestada.

O senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de sua autorização para uma entrevista e para que as informações de seu prontuário eletrônico sejam acessadas. As informações acessadas em seu prontuário eletrônico são sobre os dados dos seus exames de sangue e evolução de enfermagem. Todas as informações serão mantidas sob a nossa guarda e responsabilidade e também serão utilizadas somente para essa pesquisa. Seu nome não irá aparecer e se você não quiser que seu prontuário seja visto, não tem problema. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, como congressos. Sua participação será completamente voluntária e não haverá custo para você por estar participando. Você poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado por isso. Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor de Hemodiálise do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (FCE/UnB), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Os resultados dessa pesquisa irão auxiliar os profissionais de enfermagem a oferecerem melhores cuidados em relação aos problemas causados pela anemia na doença renal crônica.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, ligue para: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Michelle Zampieri Ipolito por meio do telefone (61)82126115 ou por correio eletrônico ipolito@unb.br ou na Universidade de Brasília telefone (61)3107-8418, no horário comercial.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. O Comitê também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário esclarecer dúvidas em relação à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou os seus direitos, obtenha informações através do telefone: (61) 3233-3173. Este termo será disponibilizado em duas vias, sendo uma para o senhor (a) e outra para o pesquisador responsável.

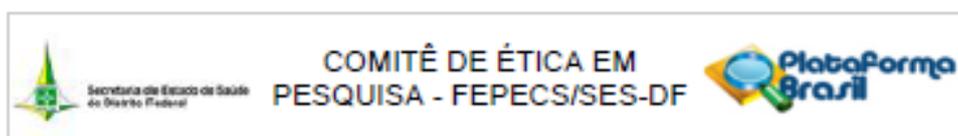
Agradecemos a sua colaboração.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Dra. Michelle Zampieri Ipolito

Brasília, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### 11.3 ANEXO C Aprovação do comitê de ética



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Manifestações clínicas da anemia na doença renal crônica e o cuidado assistencial da equipe de enfermagem

**Pesquisador:** Michelle Zamperli Ipolito

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 30444414.4.0000.5553

**Instituição Proponente:** HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 627.920

**Data da Relatoria:** 28/04/2014

##### Apresentação do Projeto:

A anemia é um problema frequente na Doença Renal Crônica (DRC) e sua etiologia é multifatorial. Diante das inúmeras repercussões clínicas da anemia na DRC é importante que os pacientes recebam cuidados assistenciais de enfermagem.

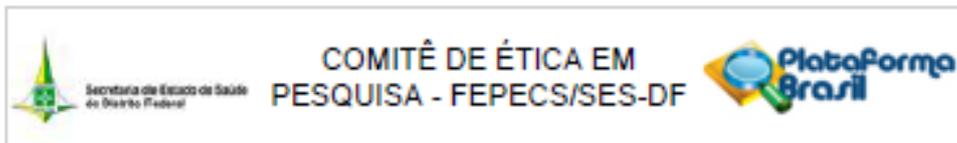
##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo geral:** Estabelecer um plano de cuidados assistenciais de enfermagem direcionado às manifestações clínicas da anemia em pacientes portadores de IRC.

##### Objetivos específicos:

- 1) Identificar a distribuição de freqüências relativa e absoluta de nível de hemoglobina em g/dl, de acordo com sexo e faixa etária; por análise de exames sanguíneos; tendo por base os critérios diagnósticos de anemia em homens e mulheres com idade acima de 18 anos;
- 2) Identificar a distribuição de freqüências relativa e absoluta de alterações na série eritrocítica; leucocitária; plaquetária; nos níveis de ferritina e nos índices de saturação de transferrina; de acordo com sexo e faixa etária; por análise de exames sanguíneos;
- 3) Identificar o percentual de distribuição na amostra selecionada, de acordo com sexo; faixa etária; diagnóstico da doença renal primária e tempo de hemodiálise, de classificações da anemia; por análise de índices hematimétricos;

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-604  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 027.920

- 3) Identificar o percentual de distribuição na amostra selecionada, de acordo com o sexo e a faixa etária, de pacientes submetidos a condutas terapêuticas direcionadas a anemia;
- 4) Elaborar um plano de cuidados assistenciais de enfermagem com base nos resultados clínicos verificados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios foram convenientemente considerados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo, descritivo de abordagem quantitativa. Local da pesquisa: Unidade de Hemodiálise do Hospital Regional de Taguatinga do Distrito Federal. Será realizada a análise de prontuários eletrônicos de pacientes adultos portadores de IRC diagnosticados por anemia em tratamento hemodialítico. Tamanho da amostra:

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados adequadamente os termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

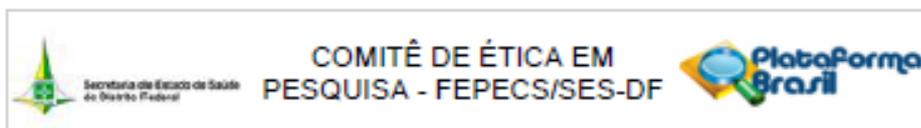
A coleta de dados somente poderá se iniciar após a aprovação do CEP.

BRASILIA, 28 de Abril de 2014

---

Assinador por:  
Iulz fernando galvão salinas  
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
 UF: DF Município: BRASILIA  
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 027.920

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

## **12 - NORMAS ADOTADAS**

Associação brasileira de normas técnicas. Apresentação de originais: NB-14724. Rio de Janeiro, 2011.

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Edição 2012. Disponível em <http://decs.bvs.br/>

Federative committee on anatomical terminology. Terminologia anatômica, [Tradução para o Português por CTA-SBA]. São Paulo, Manole, 2001, 248p.