

Qualidade do sono em pessoas submetidas à hemodiálise com dor crônica*

Sleep quality in people with chronic pain undergoing hemodialysis

Como citar este artigo:

Sousa EVD, Medina LAC, Martins MG, Teixeira CRS, Maniva SJCF, Caetano JA. Sleep quality in people with chronic pain undergoing hemodialysis. Rev Rene. 2023;24:e91962. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232491962>

-  Erika Veríssimo Dias Sousa¹
 Luis Angel Cendejas Medina²
 Marina Guerra Martins¹
 Carla Regina de Souza Teixeira²
 Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva¹
 Joselany Áfio Caetano¹

*Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso “Avaliação da qualidade do sono em pacientes com doença renal crônica com dor crônica”, Universidade Federal do Ceará, Brasil, 2019.

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

²Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Luis Angel Cendejas Medina
Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-902.
Ribeirão Preto, SP, Brasil.
E-mail: laangelcm@usp.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade do sono em pessoas submetidas ao tratamento hemodialítico com dor crônica. **Métodos:** estudo observacional, prospectivo e transversal, realizado em duas clínicas de hemodiálise. A amostra foi composta por 76 pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico e dor crônica. Utilizou-se um formulário sociodemográfico e clínico, a escala visual analógica de dor, o questionário McGill e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh. Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva e inferencial e testes de correlação. **Resultados:** a maioria dos participantes teve uma qualidade de sono muito ruim. Houve correlação entre a qualidade do sono e a escala visual analógica de dor ($p=0,027$). Houve correlação negativa entre os descritores da escala de dor McGill e a qualidade do sono ($p=0,033$). **Conclusão:** o presente estudo mostrou que a maioria dos participantes apresentaram alterações nos níveis de qualidade do sono, que foram classificados como ruins ou muito ruins. **Contribuições para a prática:** o estudo fornece dados sobre a correlação da qualidade do sono em pessoas em hemodiálise com presença de dor crônica, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de intervenções por parte das equipes de enfermagem que ajudem a melhorar a qualidade do sono dessas pessoas. **Descritores:** Insuficiência Renal Crônica; Dor Crônica; Diálise Renal; Qualidade do Sono.

ABSTRACT

Objective: to evaluate sleep quality in people with chronic pain undergoing hemodialysis. **Methods:** observational, prospective, and cross-sectional study carried out in two hemodialysis clinics. The sample was formed by 76 people with chronic kidney disease and chronic pain who were undergoing hemodialysis. We used a sociodemographic and clinical form, the visual analogue scale for pain, the McGill questionnaire, and the Pittsburgh Sleep Quality Index. Results were analyzed using descriptive and inferential statistics and correlation tests. **Results:** most participants had very poor sleep quality. There was a correlation between sleep quality and the visual analogue scale for pain ($p=0.027$). There was a negative correlation between McGill pain scale descriptors and sleep quality ($p=0.033$). **Conclusion:** the sleep quality levels of most participants suffered alterations and were classified as poor or very poor. **Contributions to practice:** this study provides data on correlations associated with the sleep quality of patients with chronic pain undergoing hemodialysis. It also gives support for nursing teams to develop interventions to improve the sleep quality of these patients. **Descriptors:** Renal Insufficiency, Chronic; Chronic Pain; Renal Dialysis; Sleep Quality.

Introdução

A etiologia da dor em pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) é multicausal, podendo ser resultado de outras comorbidades como a diabetes ou a doença vascular periférica, ou mesmo dos procedimentos envolvidos no tratamento hemodialítico⁽¹⁾.

A dor pode induzir limitações físicas que comprometem o desempenho das atividades diárias, tanto do ponto de vista físico quanto emocional e psicológico, fazendo com que a pessoa com DRC se sinta insegura, ameaçada e amedrontada, levando a distanciamento social, irritabilidade, função imunológica retardada, depressão e ansiedade, e outras repercussões negativas na qualidade de vida⁽²⁻³⁾.

É alta a prevalência de dor ocasionada pela DRC, fato observado na literatura, onde evidencia-se que entre 60 e 90% das pessoas em hemodiálise sentem dor de moderada a intensa⁽⁴⁾. Vários fatores contribuem para a presença de dor nesse tipo de doença, tais como: alta incidência de fragilidade óssea, perda progressiva de massa muscular, doenças vasculares, doença renal policística, consequências do tratamento, e procedimentos como: osteomielite de acessos centrais, neuropatia isquêmica de fístulas arteriovenosas, dor isquêmica, dor neuropática e câibras musculares⁽⁵⁻⁶⁾.

A dor, de acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), é uma sensação física ou emocional desagradável, associada a dano potencial ou real, que pode ser aguda, subaguda ou crônica⁽⁷⁾. A NANDA International, Inc., menciona que a dor aguda tem início súbito ou lento, com intensidade leve a intensa, e término antecipado ou previsível. Já a dor crônica, se diferencia por ter intensidade constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível, e duração maior que três meses⁽⁸⁾.

Ressalta-se que a dor pode repercutir no aparecimento de fadiga, mudanças no apetite, náuseas, constipação, dificuldade de concentração, impotência, ansiedade e alterações no padrão de sono⁽⁹⁻¹⁰⁾. O

sono é uma necessidade biológica que permite modificações metabólicas, hormonais e bioquímicas necessárias para o bom funcionamento do organismo. Em pessoas com DRC, os problemas relacionados ao sono são considerados de importância clínica, pois podem gerar estresse, alterar as atividades básicas da vida diária, ou mesmo agravar doenças como as doenças cardiovasculares crônicas⁽¹¹⁾.

Desta maneira, os distúrbios do sono merecem destaque, pois a literatura mostra que cerca de 80% das pessoas com DRC possuem algum distúrbio no padrão de sono, e que a insônia é um dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nesse público^(4,12). Pessoas com DRC em hemodiálise apresentam síndrome das pernas inquietas, coceira na pele, sede, depressão e outros sintomas, levando a distúrbios do sono⁽¹³⁾. Além disso, pessoas com DRC apresentam pior qualidade de vida, influenciada principalmente por dor e sono⁽¹⁴⁾.

Pessoas com DRC em hemodiálise podem desencadear fatores que contribuem para a presença de dor, alterações no sono, presença de fadiga, efeitos da DRC e deficiências no funcionamento físico. Desta maneira, fatores como dor, sono e qualidade de vida são aspectos importantes de pessoas com doenças graves e limitantes que se submetem a tratamentos prolongados e dolorosos, e, portanto, devem ser sistematicamente avaliados⁽¹⁵⁾. Contudo, observam-se na literatura avaliações voltadas especificamente para a dor, e nenhum estudo tem avaliado a qualidade do sono e a dor crônica de maneira concomitante, com foco nesta população.

Nesse sentido, surge a indagação: Como está a qualidade do sono dos pacientes que fazem hemodiálise e possuem dor crônica? Logo, faz-se necessária a realização de um estudo que apresente a avaliação da qualidade do sono de pessoas em tratamento dialítico, assim como, sua relação com a dor crônica. Dessa forma, objetivou-se avaliar a qualidade do sono em pessoas submetidas ao tratamento hemodialítico com dor crônica.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, prospectivo e transversal, de análise quantitativa, em que as diretrizes da rede EQUATOR, por meio da ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), foram adotadas. Foi realizado em maio de 2019, com pessoas com DRC e dor crônica que realizavam tratamento hemodialítico na cidade de Fortaleza, CE, Brasil.

A população foi composta por pessoas com DRC e dor crônica em tratamento de hemodiálise. Para cálculo amostral, aplicou-se a fórmula para estudos transversais com população finita (a) e a fórmula de correção para populações finitas (b):

$$a) n_o = \frac{Z\alpha 2.P.(1-P)}{e^2} \quad b) \frac{n_o}{N} > 0.05n = 1 + \frac{n_o - 1}{N}$$

O grau de confiança desejado foi de $Z\alpha=1,96$, com prevalência do desfecho de $P=50\%$ e margem de erro de estimada de $e=5\%$. A população total de pacientes com DRC e dor crônica das duas clínicas de hemodiálise foi de $N=94$ pacientes, resultando uma amostra de 384 pessoas. Aplicando-se a correção para populações infinitas, obteve-se valor 6,4, ou seja, maior do que 0,05; então, considerou-se a população como finita. Portanto, o número total da amostra para população finita foi de 69 participantes. Para evitar possíveis perdas, foi acrescentado o valor de 10% na amostra, totalizando 76 participantes como amostra final.

Utilizou-se amostragem não probabilística, do tipo conveniência, para seleção dos participantes. Os critérios de inclusão utilizados foram: estar devidamente cadastrados na clínica, ser maior de 18 anos, em atendimento há mais de três meses, apresentar dor crônica há mais de três meses conforme o diagnóstico de Enfermagem no prontuário e confirmação verbal do paciente. E os critérios de exclusão foram: pessoas com deficiência visual e/ou auditiva e pessoas que relataram e apresentaram transtornos psiquiátricos.

Os dados sociodemográficos e clínicos foram

coletados por meio de um questionário estruturado, com as seguintes informações: idade, sexo, fonte de renda, cor, situação conjugal, escolaridade (anos de estudo), e acompanhamento durante as sessões de hemodiálise. Com relação aos dados clínicos: comorbidades; tempo de tratamento dialítico; tipo de acesso; presença de dor (em anos); intensidade da dor (zero a dez); horário preferencial da dor.

A avaliação da dor se deu por meio da Escala Visual Analógica de dor (EVA) e do questionário de dor de McGill (MPQ). A EVA avalia a dor de forma unidimensional, por meio de uma linha que apresenta a numeração de zero a dez (0-10) nas extremidades. O número 0 representa nenhuma dor, e o 10 uma dor muito intensa. Além disso, a escala é dividida em dor leve (0-2), dor moderada (3-7) e dor intensa (8-10), com figuras faciais de alegria e tristeza em variações de cor de azul a vermelha⁽¹⁶⁾. Com intuito de evitar vies e melhorar o entendimento do participante quanto à classificação do nível de sua dor, a escala foi impressa em uma folha A4 colorida.

O MPQ foi adaptado e validado para a língua portuguesa⁽¹⁷⁾. Trata-se de um instrumento amplamente utilizado, sendo dividido em quatro grupos que permitem a avaliação das qualidades: sensorial, afetiva, temporal e miscelânea da dor. Ele possui 78 palavras distribuídas em quatro grupos e 20 subgrupos. O grupo sensorial possui 10 subgrupos com 42 descritores; já o grupo afetivo se divide em 5 subgrupos com 14 descritores; o grupo temporal se divide em 1 subcategoria e 5 descritores; por fim, o grupo miscelânea conta com 4 subgrupos e 17 descritores. O participante tem a opção de escolher ou não um descritor de cada subgrupo e, por fim, o número de descritores escolhidos de cada subgrupo será somado, refletindo o índice total da dor e a quantidade de grupos marcados. A pontuação máxima é de 78 pontos⁽¹⁷⁾.

Por outro lado, para avaliação do sono foi utilizado o Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), que é um instrumento utilizado para a coleta de dados qualitativos e quantitativos do sono durante o último mês. É constituído por 19 questões de autor-

relato, divididas em sete componentes: C1- Qualidade subjetiva do sono, C2- latência do sono, C3- duração do sono, C4- eficiência habitual do sono, C5- Distúrbios do sono, C6- uso de medicamentos para dormir, C7- Sonolências e disfunções noturnas. Estes componentes são avaliados em uma escala tipo Likert de zero a três, onde o “três” reflete o extremo negativo. A soma dos escores pode variar de 0 a 21, e há três pontos de cortes conforme os escores: 0-4 apresenta boa qualidade do sono; entre 5-10, qualidade do sono ruim; e maior que 10, muito ruim⁽¹⁸⁾.

Para coletar os dados, a equipe de Enfermagem das clínicas de hemodiálise indicou todos os participantes que poderiam participar da pesquisa, e em seguida, os pesquisadores verificaram os critérios de inclusão e exclusão para cada paciente. Os participantes considerados aptos conforme os critérios receberam os esclarecimentos sobre a pesquisa conforme disposto no Termo de Consentimento Livre Esclarecido, e em seguida foi solicitada a assinatura do documento em duas vias. Após assinado, foi realizado o preenchimento do formulário de dados sociodemográficos e clínicos, a EVA, o MPQ e o PSQI. Optou-se por aplicar os instrumentos no momento da hemodiálise.

As análises estatísticas foram realizadas no *software* SPSS versão 2016. Realizou-se análise descritiva das variáveis, e foram elaboradas tabelas com as frequências absolutas e percentuais, médias e desvio-padrão. O teste exato de Fisher foi utilizado para verificação de associação estatística entre os dados sociodemográficos e clínicos e o nível de qualidade do sono.

Além disso, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney de amostras independentes para testar a igualdade das medianas entre as escalas de dor e o índice de qualidade de sono de Pittsburgh. Por fim, utilizou-se o teste de correlação r de Spearman entre as escalas de dor EVA e MPQ e os componentes do Índice de qualidade do sono de Pittsburgh. O valor de significância estatística considerado foi de 0,05.

Seguiram-se as diretrizes estabelecidas na Resolução 466/12, que dispõe sobre as pesquisas que envolvem seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do

Ceará, obtendo o número de parecer 3.263.780/2019 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 04458418.1.0000.5045.

Resultados

Houve predominância nos participantes de sexo masculino (43 - 56,6%), cor parda (46 - 60,5%), casados (43 - 56,6%), dependentes de auxílio-doença (48 - 63,2%), sem a presença de acompanhantes (42 - 53,3%), com outras comorbidades (60 - 78,9%), com maior presença de dor no horário da manhã (43 - 56,6%) e no período da hemodiálise (14 - 31,8%), sendo o uso de fístula arteriovenosa o tipo de acesso vascular (66 - 86,8%).

As variáveis sociodemográficas e clínicas das pessoas com doença renal crônica com dor crônica mostraram que a média de idade dos participantes foi de 55,2 (desvio-padrão (DP)=±14), escolaridade de 10,3 (DP=±5,5), tempo em tratamento de 7,8 (DP=±8,2), com presença de dor há 6,8 anos (DP=±9,9) e intensidade da dor de 7,8 (DP=±2,3).

Na avaliação do questionário PSQI dos participantes com doença renal crônica e dor crônica em hemodiálise, observou-se que a maior média foi referente ao componente 1 (qualidade subjetiva do sono), com valor de 2,3 (DP± 0,8), em que o máximo é 3. A segunda maior média foi dos componentes: 6 (uso de medicamentos para o sono) e 7 (sonolências e disfunções noturnas), com valor de 1,8 e DP=±1,0 e DP=±0,9, respectivamente.

Estes resultados revelam que ao menos uma vez por semana parte dessas pessoas precisaram recorrer a medicamentos para dormir e/ou tiveram dificuldades em permanecer acordados em atividades diurnas. A menor média foi referente à eficiência do sono (0,1 - DP=±0,2), revelando que as pessoas avaliadas possuem eficiência do sono > 75%. Quanto à média apresentada pelo escore total, o resultado é de 10,7 (DP=±2,5), demonstrando que os participantes avaliados se classificam no terceiro ponto de corte, indicando uma qualidade do sono muito ruim (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação do questionário de Sono de Pittsburgh das pessoas com dor crônica submetidas à diálise. Fortaleza, CE, Brasil, 2019

| Componentes | Média | Desvio-padrão | Mediana | Percentil 25 | Percentil 75 |
|--------------------------------------|-------|---------------|---------|--------------|--------------|
| 1) Qualidade subjetiva do sono | 2,3 | 0,8 | 2,0 | 2,0 | 3,0 |
| 2) Latência do sono | 1,6 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 2,0 |
| 3) Duração do sono | 1,4 | 0,9 | 2,0 | 1,0 | 2,0 |
| 4) Eficiência do sono | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 5) Distúrbios do sono | 1,7 | 0,5 | 2,0 | 1,0 | 2,0 |
| 6) Uso de medicamentos para sono | 1,8 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 3,0 |
| 7) Sonolências e disfunções noturnas | 1,8 | 0,9 | 2,0 | 1,0 | 3,0 |
| Escore total da escala | 10,7 | 2,5 | 11,0 | 9,0 | 13,0 |

A comparação da média do escore global do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh com a média do nível de intensidade da dor pela escala EVA evidenciou que 25 (67,5%) participantes da pesquisa, cuja dor foi classificada como intensa, apresentaram nível de qualidade do sono ruim. Além disso, 21 (53,8%) pacientes que apresentaram dor moderada têm distúrbios do sono (Tabela 2).

Ademais, uma comparação entre as médias do escore total da escala EVA e os resultados do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh evidenciou que pacientes com qualidade do sono ruim tem média maior (8,3 - DP±1,9) que os pacientes com distúrbios do sono. Houve significância estatística entre o nível de qualidade de sono ruim e a escala Total EVA (p=0,027).

Tabela 2 – Comparação das medianas da intensidade da dor e qualidade do sono das pessoas com dor crônica submetidas à diálise. Fortaleza, CE, Brasil, 2019

| Intensidade da dor (Escala visual analógica) | Qualidade do sono ruim (Pittsburgh) (5-10) (n=37) | Qualidade do sono muito ruim (Pittsburgh) (>10) (n=39) | p-valor* |
|--|---|--|----------|
| | n (%) | n (%) | |
| Leve | 0 (0,0) | 1 (2,6) | 0,050 |
| Moderada | 12 (32,4) | 21 (53,8) | |
| Intensa | 25 (67,6) | 17 (43,6) | |
| Total | 37 (100,0) | 39 (100,0) | |

*Teste exato de Fisher

Pela análise dos resíduos, a classificação intensa apresentou diferença estatística com resíduo de 2,1. No tocante à comparação da escala de dor de MPQ com o PSQI, os participantes com qualidade do sono classificada como ruim e muito ruim descreveram melhor sua dor com descritores sensoriais, apresentando medianas de 8,0 e 7,0 (DP±2,1 e ±2,54), e afetivos, com medianas de 4,0 e 4,0 (DP±1,44 e ±1,5), respectivamente. Quanto ao número total de descritores, os participantes com sono ruim utilizaram uma quanti-

dade maior deles (15,0 - DP±4,12) para classificar sua dor que os participantes com sono muito ruim 14,0 (DP±4,48), sendo o número máximo de descritores, 20 (Tabela 3).

Também, a escala de MPQ, permitiu avaliar o índice de dor somando o valor atribuído a cada descritor selecionado, obtendo as medianas de valor 33,0 (DP±13,23) e 27,0 (DP±13,01), respectivamente, entre os participantes com sono ruim e muito ruim, de um máximo de 78.

Tabela 3 – Comparação entre as medianas dos descritores do questionário de dor McGill e da qualidade do sono das pessoas com dor crônica submetidas à diálise. Fortaleza, CE, Brasil, 2019

| Nº de descritores | Qualidade do sono ruim (Pittsburgh) (5-10) | | | Qualidade do sono muito ruim (Pittsburgh) (>10) | | | p-valor* |
|----------------------|---|--------------|--------------|--|--------------|--------------|----------|
| | Mediana | Percentil 75 | Percentil 25 | Mediana | Percentil 75 | Percentil 25 | |
| Sensoriais | 8,0 | 9,0 | 0,275 | 7,0 | 9,0 | 5,0 | 0,275 |
| Afetivos | 4,0 | 5,0 | 0,859 | 4,0 | 5,0 | 2,0 | 0,859 |
| Avaliativos | 1,0 | 1,0 | 0,947 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 0,947 |
| Miscelânea | 3,0 | 3,0 | 0,361 | 2,0 | 3,0 | 1,0 | 0,361 |
| Total de descritores | 15,0 | 18,0 | 0,287 | 14,0 | 18,0 | 10,0 | 0,287 |
| Índice de dor | 33,0 | 44,0 | 0,097 | 27,0 | 36,0 | 22,0 | 0,097 |

*Teste de U de Mann-Whitney de amostras independentes

No que diz respeito à correlação entre o número de descritores da escala de dor MPQ e os componentes do PSQI, foi evidenciado que, entre o n.º de descritores miscelânea e os componentes 2 (latência do sono) e 4 (eficiência do sono), houve correlações negativas e significantes de $p=0,006$ e $p=0,007$, respectivamente (Tabela 4).

Além disso, houve também correlação negativa

entre o n.º total de descritores de MPQ e o componente 4 (eficiência do sono), com significância estatística ($p=0,033$). As correlações negativas indicam relações inversamente proporcionais, ou seja, quando uma variável aumenta, a outra tenderá a diminuir. Neste sentido, quanto maior o número de descritores, melhor/menor é a pontuação para os componentes da avaliação da qualidade do sono (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlação dos descritores do questionário de dor McGill com os componentes do Índice de qualidade de sono de Pittsburgh das pessoas com dor crônica submetidas à diálise. Fortaleza, CE, Brasil, 2019

| N.º de descritores | Componentes | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|------------------|-----------------|--------------------|--------------------|-------------|-----------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Qualidade subjetiva do sono | Latência do sono | Duração do sono | Eficiência do sono | Distúrbios do sono | Medicamento | Sonolências e disfunções noturnas |
| Sensoriais | | | | | | | |
| r* | -0,109 | 0,135 | 0,135 | -0,178 | -0,770 | -0,003 | 0,120 |
| p | 0,347 | 0,244 | 0,244 | 0,124 | 0,541 | 0,978 | 0,300 |
| Afetivos | | | | | | | |
| r | 0,108 | 0,126 | -0,048 | -0,104 | -0,077 | 0,015 | -0,196 |
| p | 0,353 | 0,280 | 0,682 | 0,370 | 0,511 | 0,901 | 0,091 |
| Avaliativos | | | | | | | |
| r | 0,128 | 0,127 | -0,04 | 0,078 | 0,037 | 0,015 | -0,196 |
| p | 0,272 | 0,276 | 0,731 | 0,505 | 0,130 | 0,901 | 0,091 |
| Miscelânea | | | | | | | |
| r | -0,017 | -0,315 | -0,002 | -0,306 | -0,007 | -0,005 | -0,189 |
| p | 0,886 | 0,006† | 0,986 | 0,007† | 0,953 | 0,964 | 0,102 |
| Total | | | | | | | |
| r | -0,031 | -0,207 | 0,059 | -0,245 | -0,090 | 0,001 | -0,068 |
| p | 0,787 | 0,72 | 0,614 | 0,033† | 0,442 | 0,994 | 0,562 |
| Índice de dor | | | | | | | |
| r | -0,12 | -0,129 | -0,013 | 0,155 | -0,174 | -0,106 | -0,185 |
| p | 0,300 | 0,268 | 0,914 | 0,181 | 0,133 | 0,361 | 0,109 |

*Coeficiente da correlação de Spearman; †Significância estatística pelo teste rô de Spearman ($p<0,05$)

Na correspondência entre o PSQI e a escala de dor MPQ, foi evidenciado que o componente 4 (eficiência do sono) apresentou significância estatística ($p=0,007$ e $p=0,033$) com o n.º de descritores de Miscelânea e o n.º total de descritores, respectivamente. O n.º total de descritores miscelânea apresentou ainda relação estatística com o componente 2 (latência do sono) ($p=0,006$).

Discussão

Em relação à caracterização sociodemográfica, os resultados evidenciam que as pessoas com DRC demonstraram semelhança em relação às variáveis sexo, cor e situação conjugal. Também houve predomínio de indivíduos do sexo masculino, cor parda, casados e recipientes de auxílio-doença⁽¹⁹⁻²¹⁾.

O valor médio de intensidade da dor apresentada foi de 7,8 (DP= 2,8), caracterizando uma dor de moderada a intensa, e a quantidade de anos com dor crônica foi de cerca de 6,8 (DP= 9,9). Assim mesmo, outras pesquisas sobre dor crônica nas pessoas com DRC evidenciaram que 28% tinham dor há mais de cinco anos, corroborando os achados desta pesquisa⁽²⁰⁾.

No que se refere à avaliação da qualidade do sono das pessoas com DRC pelo PSQI, nenhum participante da pesquisa apresentou boa qualidade do sono, e a média do escore total do PSQI foi de 10,6 (DP= 2,5), apontando que os participantes da pesquisa tinham qualidade do sono ruim ou distúrbio do sono. Resultados semelhantes foram observados em pesquisa⁽²²⁾ onde, de 240 participantes, 159 (66%) apresentaram má qualidade do sono. Encontramos uma diferença significativa entre os escores médios do PSQI de pessoas com DRC e os de pessoas com DRC Terminal ($9,6 \pm 12,4$ vs. $11,4 \pm 3,9$, respectivamente).

Entretanto, estes achados diferem um pouco de um par de estudos realizado na China, onde também foi avaliada a qualidade de sono em pessoas com DRC, obtendo escores médio de PSQI de 6,46 em uma amostra de 132 pessoas e de <5 em uma amostra de 152 pessoas, respectivamente⁽²³⁻²⁴⁾.

Além disso, demonstrou-se que o componente 1 (qualidade subjetiva do sono) foi o que obteve maior média (2,3 - DP= 0,8), demonstrando que, no último mês, a qualidade do sono dos pacientes foi classificada como ruim (2) ou muito ruim (3). Ademais, este componente foi o que obteve maior discrepância no valor do escore total do PSQI das pessoas com doença renal crônica do estudo. Em contrapartida, outro estudo, onde também foi utilizado o PSQI⁽²⁵⁾ para avaliar a qualidade do sono em pessoas com DRC, evidenciou que a maioria dos participantes relatou ter uma boa qualidade do sono (65,4%), esta variação poderia estar relacionada aos diferentes tipos de abordagem e metodologia utilizadas, variação no tamanho da amostra, população, diferenças étnicas e culturais.

Em sequência, os componentes 6 (uso de medicamentos para o sono) e 7 (sonolências e disfunções noturnas) apresentaram as seguintes médias: 1,8 (DP= 1,0) e 1,8 (DP= 0,9), respectivamente. Desse modo, pelo menos uma vez por semana houve a necessidade de uso de medicamentos para dormir e/ou dificuldades em permanecer acordados durante o dia. Este achado é totalmente contrário à evidência disponível na literatura, a qual mostrou que 98,5% dos participantes não tinham utilizado um remédio para dormir durante o último mês⁽²⁵⁾.

Grande parte das pessoas com má qualidade do sono recorrem ao uso de medicamentos da classe dos benzodiazepínicos, que deveriam ser utilizados apenas em crises agudas, devido ao risco de causar dependência e interferências no estado de alerta durante o dia, que podem implicar em menor nível de concentração e potencializar os riscos de quedas em pessoas com DRC⁽²⁶⁾. Desse modo, é importante ressaltar a necessidade de o Enfermeiro e sua equipe orientarem e monitorarem as pessoas que recorrem a medicamentos para dormir, além de sugerirem novas terapias não farmacológicas que colaborem para uma melhor qualidade do sono.

Em contrapartida, o componente 4 (eficiência do sono) obteve a menor média 0,1 (DP= 0,2) e apresentou a melhor pontuação. Dessa forma, foi visto que os participantes do estudo, embora relatem uma

maior percepção de má qualidade do sono, aparentam ter eficiência do sono satisfatória > 75%. Neste quesito, os resultados foram semelhantes a um estudo onde se comparou a qualidade do sono de pessoas com DRC no Paquistão e na Malásia e, em ambas as populações, a maioria dos participantes referiu ter uma eficiência do sono satisfatória (46,2% e 41,5%)⁽²⁷⁾.

No que se refere à dor e à qualidade do sono, este estudo evidenciou que os participantes classificados com qualidade do sono ruim apresentaram média de dor no valor de 8,3 na escala EVA. Os pacientes classificados com distúrbio do sono tiveram média de 7,4, com relação estatística entre as variáveis ($p=0,027$). Este achado é semelhante a estudo em que se avaliou a dor crônica em pessoas com DRC, identificando associação estatística entre a variável “sono prejudicado” e o escore total da escala EVA, inferindo que a dor interfere na qualidade do sono das pessoas com doença renal crônica⁽²⁰⁾.

É comum associar pessoas com dor crônica à presença de sono ruim. Algumas pessoas que sofrem de insônia chegam a relatar a dor como causa da interrupção do sono, pois existe uma relação bidirecional entre dor crônica e distúrbio do sono. Porém, estudos indicam que distúrbios do sono favorecem o desenvolvimento de dor crônica, e não o contrário. Um estudo em Minas Gerais não evidenciou correlação significativa entre sono e dor, estando a dor impactando mais na qualidade de vida e saúde mental, fatores tais que consequentemente reverberam em sono insuficiente⁽²⁸⁾.

É possível que a qualidade do sono seja subjetiva, sendo possivelmente mais influenciada por fatores relacionados à função renal que por fatores psicológicos, como a dor. Nesse sentido, evidencia-se que a caracterização subjetiva e qualitativa da dor também é relevante para investigar a relação com a qualidade do sono das pessoas com DRC⁽²⁹⁾.

A presença de dor nas pessoas com DRC interfere na qualidade do sono. Assim, faz-se necessário que enfermeiros nefrologistas, juntamente com a equipe multiprofissional, aprofundem os conhecimentos sobre dor crônica; e que a mesma seja mais

bem documentada e gerenciada pela equipe, a fim de não comprometer a qualidade do sono.

Limitações do estudo

O estudo apresentou diferentes limitações, uma delas relacionada ao tipo de abordagem transversal, que impossibilita verificar as mudanças que poderiam acontecer posteriormente; o tamanho da nossa amostra e o recrutamento voluntário dos participantes apresenta-se como outra limitação. Além disso, nota-se a possibilidade de viés na percepção do participante quanto à autoclassificação de sua dor entre moderada ou intensa no momento da coleta.

Contribuições para a prática

O presente estudo fornece dados sobre as correlações da qualidade do sono em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico e com presença de dor crônica. Além disso, fornece subsídios para a avaliação do desenvolvimento de intervenções por parte das equipes de enfermagem que ajudem a melhorar a qualidade do sono dessas pessoas. Também, ressalta-se a importância de realizar estudos mais robustos, com ênfase no acompanhamento e decorrer da doença, seu tratamento, e intervenções ou terapias alternativas que ajudem a melhorar a dor crônica e a qualidade do sono de pessoas em tratamento hemodialítico.

Conclusão

O presente estudo mostrou que a maioria dos participantes com dor crônica submetidos à hemodiálise apresentaram alterações nos níveis de qualidade do sono, sendo estes classificados como ruins ou muito ruins. Houve evidências estatísticas demonstrando que características subjetivas e a intensidade da dor possuem uma associação com os resultados do sono, porém, os testes estatísticos aplicados só permitem conclusões sobre a associação de variáveis e as diferenças de medianas de escores.

Evidenciou-se que participantes com qualidade do sono muito ruim possuem, em sua maioria, intensidade de dor moderada e intensa. Também, participantes com sono muito ruim utilizaram menos descritores para classificar sua dor em comparação com os participantes que tiveram qualidade do sono ruim. Do mesmo modo, mostrou-se que, quanto maior o número de descritores na escala de dor, maior prejuízo para a eficiência do sono dos participantes do estudo, maior ingestão de medicamentos indutores do sono e mais dificuldade em realizar atividades diurnas.

Contribuição dos autores

Concepção do estudo e projeto e coleta dos dados: Sousa EVD, Martins MG, Caetano JA.

Análise estatística e interpretação dos dados: Medina LAC, Teixeira CRS, Maniva SJCF.

Redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância com todas as partes do manuscrito: Sousa EVD, Medina LAC, Martins MG, Teixeira CRS, Maniva SJCF, Caetano JA.

Referências

1. Senanayake S, Gunawardena N, Paliyawadana P, Senanayake S, Karunarathna R, Kumara P, et al. Health related quality of life in chronic kidney disease; a descriptive study in a rural Sri Lankan community affected by chronic kidney disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18:106. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01369-1>
2. Zheng C, Tang SC, Chan M, Tran BX, Ho CS, Tam WW, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavioral therapy for hemodialysis patients with depression. *J Psychosom Res*. 2019;126:109834. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109834>
3. Kao YY, Lee WC, Wang RH, Chen JB. Correlation of sociodemographic profiles with psychological problems among hospitalized patients receiving unplanned hemodialysis. *Ren Fail*. 2020;42(1):255-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/0886022X.2020.1736097>
4. Butyn G, Carvalho GM, Castro CJS, Silva GR, Arcaro G, Martins CM, et al. Avaliação da qualidade de vida do paciente com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. *Braz J Health Rev*. 2021;4(1):2785-98. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-223>
5. Dreier J, Fleishman TT, Shvartzman P. Pain management evaluation in maintenance hemodialysis patients. *Pain Med*. 2021;22(9):1946-53. doi: <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa488>
6. Cohen-Solal M, Funck-Brentano T, Ureña-Torres P. Bone fragility in patients with chronic kidney disease. *Endocr Connect*. 2020;9(4):93-101. doi: <https://doi.org/10.1530/EC-20-0039>
7. Marzouq MK, Samoudi AF, Samara A, Zyoud SH, Al-Jabi SW. Exploring factors associated with pain in hemodialysis patients: a multicenter cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrol*. 2021;22(1):96. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12882-021-02305-1>
8. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023*. Nova York: Thieme; 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/b000000515>
9. Mizher A, Hammoudi H, Hamed F, Sholi A, Taha AA, Abdalla MA, et al. Prevalence of chronic pain in hemodialysis patients and its correlation with C-reactive protein: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2023;13(1):5293. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32648-8>
10. Samoudi AF, Marzouq MK, Samara AM, Zyoud SH, Al-Jabi SW. The impact of pain on the quality of life of patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis: a multicenter cross-sectional study from Palestine. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):39. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12955-021-01686-z>
11. Serrano-Navarro I, Mesa-Abad P, Tovar-Muñoz L, Crespo-Montero R. Trastornos del sueño en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada. *Enferm Nefrol*. 2019;22(4):361-78. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000400003>
12. Cohen M, Quintner J, Van Rysewyk S. Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain Rep*. 2018;3(2):e634. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/PR9.0000000000000634>

13. Arzhan S, Roumelioti ME, Unruh ML. Itch and Ache on dialysis: new approaches to manage uremic pruritus and restless legs. *Blood Purif.* 2019;49(1-2):222-7. doi: <https://dx.doi.org/10.1159/000504081>
14. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CF, Stumm EMF, et al. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3327. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>
15. Gomes JP, Junior GRDS, Araújo ACD, Oliveira GHAD, Ferreira TF. Qualidade de vida de pacientes em tratamento hemodialítico em um município da Baixada Maranhense. *Braz J Develop.* 2021;7(4):39751-64. doi: <https://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n4-437>
16. Martinez J, Centola Grassi D, Marques L. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(4):299-308. doi: <https://doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002>
17. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Assoc Méd Bras.* 1996;30(3):473-83. doi: [10.1590/S0080-62341996000300009](https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000300009)
18. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213. doi: [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
19. Ishtawi S, Jomaa D, Nizar A, Abdalla M, Hamdan Z, Nazzal Z. Vitamin D level, pain severity and quality of life among hemodialysis patients: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 2023;13(1):1182. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25793-z>
20. Silva FLB, Melo GAA, Santos RC, Silva RA, Aguiar LL, Caetano JÁ. Assessment of pain in chronic renal failure patients going through hemodialysis. *Rev Rene.* 2020;21:e43685. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143685>
21. Bizuti MR, Zanesco C, Giachini E, Jost LN, Silva DTR. Avaliação da sonolência diurna de pacientes que iniciaram tratamento hemodialítico pelo Sistema Único de Saúde no oeste catarinense. *Saúde Redes.* 2020;6(2):87-95. doi: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p87-95>
22. Mujahid M, Nasir K, Qureshi R, Dhrolia M, Ahmad A. Comparison of the quality of sleep in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Cureus.* 2022;14(4):e23862. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.23862>
23. Chang W, Han Y, Song X, Liu Y, Zhang W, Hao J, et al. Relationship between trajectory of sleep quality and short-term changes in residual renal function in stage 3–5 chronic kidney disease patients. *Clin Exp Nephrol.* 2020;24(6):557-64. doi: <https://doi.org/10.1007/s10157-020-01868-x>
24. Han Y, Song X, Liu Y, Zhang W, Li JR, Tu Y, et al. The effects of depression and age on sleep disturbances in patients with non-dialysis stage 3–5 chronic kidney disease: a single-center study. *Int Urol Nephrol.* 2020;52(4):739-48. doi: <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02416-y>
25. Rehman IU, Lai PSM, Lim SK, Lee LH, Khan TM. Sleep disturbance among Malaysian patients with end-stage renal disease with pruritus. *BMC Nephrology.* 2019;20(1):102. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12882-019-1294-1>
26. Edinoff AN, Nix CA, Hollier J, Sagrera CE, Delacroix BM, Abubakar T, et al. Benzodiazepines: uses, dangers, and clinical considerations. *Neurol Int.* 2021;13(4):594-607. doi: <https://doi.org/10.3390/neurolint13040059>
27. Rehman IU, Han LL, Khan TM, Alworafi Y, Suleiman A. Comparative analysis of chronic kidney disease-associated pruritus: a multi-ethnic study among patients on hemodialysis. *Arch Pharm Pract.* 2021;12(2):17-24. doi: <https://doi.org/10.51847/Asmu6akyOy>
28. Mesquita LF, Bochi GS, Souza GLS, Nogueira DA, Ruginsk SG. Avaliação da qualidade do sono e níveis séricos de serotonina e cortisol em pacientes com dor crônica. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR.* 2023;27(6):3042-62. doi: <https://dx.doi.org/10.25110/arqsaude.v27i6.2023-057>
29. Tu CY, Chou YH, Lin YH, Huang WL. Sleep and emotional disturbance in patients with non-dialysis chronic kidney disease. *J Formos Med Assoc.* 2019;118(6):986-94. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jfma.2018.10.016>



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