

Relação do nível de conforto de pacientes renais crônicos com variáveis sociodemográficas e clínicas

Relationship between the comfort level of chronic renal patients and sociodemographic and clinical variables

Relación del confort de los pacientes renales crónicos con variables sociodemográficas y clínicas

Regilane Cordeiro dos Santos¹

ORCID: 0000-0003-2334-2305

Geórgia Alcântara Alencar Melo¹

ORCID: 0000-0002-3886-5646

Renan Alves Silva¹

ORCID: 0000-0002-6354-2785

Fabiana Larissa Barbosa da Silva¹

ORCID: 0000-0003-1260-1455

Antonio Brazil Viana Júnior¹

ORCID: 0000-0001-6608-3134

Joselany Áfio Caetano¹

ORCID: 0000-0002-0807-056X

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

¹¹ Universidade Federal do Espírito Santo. São Mateus, Espírito Santo, Brasil.

Como citar este artigo:

Santos RC, Melo GAA, Silva RA, Silva FLB, Viana Júnior AB, Caetano JA. Relationship between the comfort level of chronic renal patients and sociodemographic and clinical variables. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 5):e20200085. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0085>

Autor Correspondente:

Renan Alves Silva
E-mail: renan.dehon@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José De Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 21-06-2019 **Aprovação:** 05-06-2020

RESUMO

Objetivo: Correlacionar o nível de conforto de pacientes renais crônicos hemodialíticos por meio do *General Comfort Questionnaire* com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Método: Estudo transversal, abordagem quantitativa, com 180 pacientes renais crônicos hemodialíticos. Utilizaram-se dois instrumentos: um de caracterização sociodemográfica e clínica; e o *General Comfort Questionnaire*, versão brasileira. Para análise dos dados, foram usados os testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e o teste de Spearman. **Resultados:** O nível de conforto geral dos pacientes foi de 78,16%. Os domínios que apresentaram menor e o maior nível de conforto, respectivamente, foram o sociocultural e o psicoespiritual. Algumas variáveis correlacionadas significativamente com os domínios foram: estado civil, escolaridade e considerar-se ansioso. **Conclusão:** Nos quatro domínios do conforto, permitiu-se identificar necessidades dos pacientes, como presença e intensidade de dor, ansiedade, constipação e tipo de acesso, tornando possível nortear os enfermeiros na sistematização do cuidado e melhorar o conforto desses pacientes.

Descritores: Insuficiência Renal; Diálise Renal; Conforto do Paciente; Avaliação em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To assess the association between the comfort level of chronic hemodialysis patients with sociodemographic and clinical variables using the General Comfort Questionnaire.

Method: Cross-sectional study, with a quantitative approach, considering 180 chronic hemodialysis renal patients. Two instruments were used: one for sociodemographic and clinical variables; and the General Comfort Questionnaire, Brazilian version. Mann-Whitney's, Kruskal-Wallis's, and Spearman's tests were used for data analysis. **Results:** The overall comfort level of patients was 78.16%. The socio-cultural domain presented the lowest level of comfort and the psychospiritual the highest level. Some variables were significantly associated with the domains, such as marital status, education, and considering oneself to be anxious. **Conclusion:** In the four domains of comfort, it was possible to identify patients' needs, such as the presence and intensity of pain, anxiety, constipation and type of access, making it possible to guide nurses in the systematization of care and improve the comfort of these patients.

Descriptors: Renal Insufficiency; Renal Dialysis; Patient Comfort; Health Evaluation; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Correlacionar el nivel de confort de pacientes renales crónicos hemodialíticos por medio del *General Comfort Questionnaire* con las variables sociodemográficas y clínicas.

Método: Estudio transversal, abordaje cuantitativo, con 180 pacientes renales crónicos hemodialíticos. Se utilizaron dos instrumentos: un de caracterización sociodemográfica y clínica; y el *General Comfort Questionnaire*, versión brasileña. Para análisis de los datos, han sido usados los testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y el test de Spearman. **Resultados:** El nivel de confort general de los pacientes ha sido de 78,16%. Los dominios que presentaron menor y el mayor nivel de confort, respectivamente, han sido el sociocultural y el psicoespiritual. Algunas variables correlacionadas considerablemente con los dominios han sido: estado civil, escolaridad y considerarse ansioso. **Conclusión:** En los cuatro dominios del confort, permitió identificarse necesidades de los pacientes, como presencia e intensidad de dolor, ansiedad, constipación y tipo de acceso, volviendo posible nortear los enfermeros en la sistematización del cuidado y mejorar el confort de esos pacientes.

Descriptores: Insuficiencia Renal; Diálisis Renal; Conforto del Paciente; Evaluación en Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Pacientes com doença renal crônica em tratamento de hemodiálise (HD) experimentam uma série de mudanças e limitações que afetam aspectos biológicos, psicológicos e sociais de sua vida⁽¹⁾. A rotina imposta pelo tratamento é exaustiva, pois os pacientes vão para as clínicas de diálise duas ou três vezes na semana durante três a quatro horas/sessão⁽²⁾. Isso compromete a realização de suas atividades diárias e laborais, gerando dependência financeira, além de impactar sua qualidade de vida (QV)⁽³⁾.

Somado a isso, a ocorrência constante de complicações durante o tratamento, como hipotensão, náuseas, câimbras, vômitos e tonturas, associada à fadiga física e a problemas emocionais⁽⁴⁾ geram um comprometimento do conforto dos pacientes. Assim, o conforto é um constructo complexo, multidimensional e uma necessidade básica do ser humano⁽⁵⁾. A teórica Katharine Kolcaba define conforto como a experiência imediata de sentir-se fortalecido por meio das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência, que são abordadas em quatro contextos de experiência (física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental)⁽⁶⁾.

Assim, o conforto tem relação com as sensações corporais que o paciente vivencia (aspecto físico); as sensações e percepções do eu interior, ou seja, da autoestima e do autoconceito (aspecto psicoespiritual); as relações interpessoais entre o paciente, família e comunidade (aspecto social); e características ambientais relacionada ao paciente, como a temperatura, a cor ou a luz (aspecto ambiental)⁽⁶⁾.

Quando os estados e contextos se fundem, atinge-se o conforto holístico do paciente na perspectiva do atendimento de suas necessidades. Estas, junto com os contextos de experiência, orientaram o desenvolvimento do *General Comfort Questionnaire* (GCQ), que foi construído pela teórica para medir o conforto de pessoas em estado geral de adoecimento. Ele é constituído por 48 itens do tipo Likert, cujas alternativas de resposta vão de 1 a 4, sendo que, quanto mais alta for a pontuação, maior o nível de conforto⁽⁷⁾.

Ademais, o constructo do conforto é identificado na literatura como um estado, um processo, resultado, ação ou intervenção (para o conforto)⁽⁸⁾. Essa intervenção, por sua vez, está centrada nas atividades da assistência de enfermagem, uma vez que confortar constitui um fator do cuidado e uma competência do enfermeiro⁽⁹⁾.

Esse questionário foi adaptado transculturalmente, teve seu conteúdo validado por especialistas, sendo consideradas as propriedades psicométricas na referida população deste estudo. No entanto, verifica-se ausência de trabalhos que validem clinicamente esse instrumento, bem como predigam associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os contextos de conforto. Assim, é necessário compreender, em meio à complexidade da condição crônica, as relações de variáveis demográficas e clínicas que influenciam negativamente os contextos de conforto, para melhor intervir.

Nesse sentido, torna-se imprescindível utilizar o GCQ para medir o nível de conforto em cada contexto com o objetivo de identificar relações implícitas e explícitas que não são encontradas na literatura pertinente ao tema.

OBJETIVO

Correlacionar o nível de conforto de pacientes renais crônicos hemodialíticos por meio do *General Comfort Questionnaire* com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Tipo e local de estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em três clínicas de hemodiálise, que atendem o maior número de pacientes renais crônicos da região metropolitana de Fortaleza.

População do estudo

A população do estudo foi composta por todos os pacientes renais crônicos assistidos nas referidas clínicas.

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram: ser paciente da clínica com tempo de hemodiálise de no mínimo 12 meses; possuir idade superior a 18 anos; apresentar pontuação na escala de Coma de Glasgow igual a 15; e apresentar acuidade auditiva preservada. Foram excluídos os pacientes que tinham utilizado ansiolíticos no período de até 24 horas anteriores à aplicação do instrumento.

Amostra do estudo

O cálculo amostral deu-se pela fórmula para estudos transversais com populações finitas, adotando-se o intervalo de confiança de 95%, com nível de significância (Z) de 1,96, erro amostral (e) de 0,05 (5%) e uma prevalência (p) de 50%, uma vez que não se conhece a prevalência da população estudada. Considerou-se como referência a população de 338 pacientes. Logo, a amostra constituiu-se de 180 pacientes.

Protocolo do estudo

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um para caracterização da amostra com questões sobre os dados sociodemográficos e clínicos; e o *General Comfort Questionnaire* (GCQ), versão traduzida e adaptada para uso no Brasil em pacientes renais crônicos hemodialíticos. O alfa de Cronbach foi de 0,80, indicando boa adequação do questionário e uma ótima consistência interna dos itens⁽¹⁰⁾. Ambos foram aplicados por dois enfermeiros nefrologistas e um enfermeiro generalista participantes da autoria deste estudo. O GCQ é estruturado em quatro domínios — físico, sociocultural, ambiental e espiritual —, com pontuação mínima de 48 pontos e máxima de 192 pontos.

No domínio físico, estão contidos os seguintes itens: Sinto meu corpo relaxado agora; Eu não quero fazer exercícios; Minha dor é difícil de ser suportada; Eu estou constipado(a) agora; Eu não me sinto saudável agora; Eu estou com fome; Eu estou muito cansado(a); Esta cadeira (cama) me machuca; Eu me sinto bem o suficiente para caminhar; Eu me sinto desconfortável porque não estou vestido(a).

Em relação ao domínio sociocultural, os itens são: Eu me sinto útil porque estou trabalhando muito; Existem pessoas em quem eu posso confiar quando eu precisar de ajuda; Eu me sinto dependente dos outros; Ninguém me entende; Eu fico triste quando estou sozinho(a); Eu tenho alguém/pessoas que me faz(em) sentir cuidado(a); Eu gostaria de ver meu médico com mais frequência; O humor daqui me faz sentir melhor; Eu me sinto deslocado(a) aqui; Meus amigos lembram-se de mim com mensagens e telefonemas; Eu preciso ser mais bem informado(a) sobre minha saúde.

No tocante ao domínio ambiental: Eu tenho privacidade suficiente; Este ambiente é agradável; O barulho não me deixa descansar; Eu não gosto daqui; Este ambiente me faz sentir medo; A temperatura neste lugar está agradável; Este ambiente me inspira; Meus pertences não estão aqui; Este ambiente tem um cheiro terrível; É fácil se locomover por aqui.

Acerca do domínio psicoespiritual, encontram-se os itens: Minha condição me deixa triste; Eu me sinto confiante; Eu sinto que minha vida vale a pena; Eu me sinto satisfeito(a) por saber que eu sou amado(a); Eu estou motivado(a) em fazer o meu melhor; Minha fé me ajuda a não ter medo; Eu tenho medo do que está para acontecer; Eu tenho passado por mudanças que me fazem sentir desconfortável; Eu posso superar minha dor; Eu estou contente; Minhas crenças me dão paz de espírito; Eu me sinto fora de controle; Eu estou sozinho(a), mas não solitário(a); Eu me sinto em paz; Eu estou deprimido(a); Eu tenho encontrado sentido na minha vida; Eu preciso me sentir bem novamente.

Coleta de dados

O período de coleta foi realizado entre agosto de 2017 e março de 2018. Os instrumentos foram aplicados por meio de entrevista durante a terapia dialítica nos três turnos (manhã, tarde e noite) conforme o funcionamento da unidade de hemodiálise. O tempo médio de aplicação dos dois instrumentos para cada participante foi de 20 a 30 minutos.

Análise de dados

Os dados referentes ao instrumento de coleta de dados com as variáveis sociodemográficas, clínicas e do GCQ foram descritos e analisados com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.

Foi utilizada a estatística descritiva para caracterização da amostra, por meio da média e desvios-padrão. Usaram-se testes estatísticos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis para análise das variáveis e do questionário. Para todos os testes, foi aplicado o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Na análise do perfil sociodemográfico, identificou-se que 75 pacientes (41,7%) estavam na faixa etária de 40 a 59 anos, com

média de 53,9 anos. A maioria era do sexo masculino (54,4%), com predominância da cor parda (73,3%), católicos (67,8%) e casados (47,8%). No que se refere ao nível de escolaridade, 107 (59,4%) tinham oito anos ou menos de estudo.

No tocante à fonte de renda, constatou-se que 87 (48,3%) dependiam do auxílio doença, com renda individual (84,4%) e familiar (54,4%) de até um salário mínimo (R\$ 954,00). A maioria dos pacientes procedia da região metropolitana (60,6%), usava transporte da prefeitura (37,8%) e gastava uma hora ou menos (84,4%) para chegar até a clínica.

Quanto ao perfil clínico dos pacientes, 124 (68,9%) relataram não sentir dor no momento. Nos que referiram dor (31,7%), prevaleceu a dor de intensidade moderada (12,2%). A maioria referiu não apresentar diaforese (73,9%), prurido (65,6%) ou constipação (61,1%); ainda urinava (77,2%); mostrava-se ansiosa (58,3%); tinha fístula arteriovenosa (FAV) (92,2%) e menos de cinco anos de tratamento hemodialítico (77,2%).

Para investigar o conforto geral dos pacientes em relação a cada domínio do GCQ, foi calculado o escore médio dos itens de cada subescala. Observou-se que o domínio com menor nível de conforto foi o sociocultural (31,13) e o com melhor nível de conforto foi o domínio psicoespiritual (55,51) mesmo que dividida a média pelo número de questões em cada domínio. A amostra apresentou um nível de conforto geral de 78,16%.

Tabela 1 – Medidas dos contextos do conforto, n = 180, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Domínios	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	P25 %	P75 %	Máxima
Físico	30,88	5,04	32,00	17,00	27,00	35,00	40,00
Sociocultural	30,24	5,19	31,00	18,00	26,00	34,00	42,00
Ambiental	31,13	5,00	32,00	14,00	28,00	35,00	40,00
Psicoespiritual	55,51	6,48	56,00	34,00	52,00	61,00	67,00
Conforto geral	147,73	21,71	151	83	133	165	189

Quanto à associação das variáveis sociodemográficas com o conforto geral, a variável "sexo" apresentou diferença estatística ($p = 0,035$), em que o sexo masculino mostrou maior média de conforto ($150,01 \pm 16,98$).

No que se refere à associação dos dados clínicos com o conforto, observa-se diferença estatística entre o conforto e o fato de "Sentir dor no momento" ($p = 0,034$); acerca da intensidade da dor ($p = 0,045$), pacientes que sentiram dor insuportável obtiveram menor média de conforto ($117,00 \pm 39,60$). A mudança no padrão do sono ocasionada pela dor também apontou diferença estatística ($p = 0,003$), com maior média de conforto nos pacientes que não tiveram mudança no padrão do sono ($149,14 \pm 14,19$). A ansiedade apresentou significância ($p = 0,011$), demonstrando maior média de conforto entre os pacientes que não se consideraram ansiosos ($151,71 \pm 15,50$).

O prurido no corpo apresentou diferença significativa ($p = 0,052$), a constipação ($p = 0,007$), com melhor média de conforto entre os pacientes sem prurido ($149,08 \pm 18,31$) e não constipados ($150,29 \pm 16,63$). O tipo de acesso vascular também teve diferença significativa ($p = 0,035$), sendo que o maior conforto foi observado nos pacientes com FAV, com média de ($148,61 \pm 16,45$), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Associação das variáveis clínicas segundo a pontuação média do *General Comfort Questionnaire* dos pacientes em hemodiálise inseridos no estudo, n = 180, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Variáveis	Média ± DP	p < 0,05
Sente dor no momento?		0,034 ¹
Sim	143,95 ± 17,01	
Não	149,66 ± 16,63	
Qual a intensidade da dor?		0,045 ²
Leve	147,71 ± 18,38	
Moderada	146,14 ± 14,03	
Intensa	140,06 ± 14,45	
Insuportável	117,00 ± 39,60	
Teve mudança no padrão do sono ocasionada pela dor?		0,003 ¹
Sim	137,93 ± 17,71	
Não	149,14 ± 14,19	
Tem diaforese?		0,131 ¹
Sim	145,32 ± 15,48	
Não	148,74 ± 17,36	
Considera-se ansioso?		0,011 ¹
Sim	145,10 ± 17,41	
Não	151,71 ± 15,50	
Apresenta prurido no corpo?		0,052 ¹
Sim	145,52 ± 13,73	
Não	149,08 ± 18,31	
Apresenta constipação?		0,007 ¹
Sim	144,01 ± 16,77	
Não	150,29 ± 16,63	
Apresenta diurese?		0,098 ¹
Sim	149,04 ± 15,99	
Não	143,80 ± 19,41	
Tipo de acesso?		0,035 ¹
Cateter	138,79 ± 20,21	
Fístula arteriovenosa	148,61 ± 16,45	

Notas: ¹Teste de Mann-Whitney; ²teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 3 – Associação entre as variáveis clínicas e o nível de conforto por domínio do *General Comfort Questionnaire*, n = 180, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

	Média ± DP	p < 0,05
Domínio físico		
Sente dor no momento?		0,001 ¹
Sim	28,98 ± 5,06	
Não	31,76 ± 4,80	
Qual a intensidade da dor?		0,001 ²
Leve	30,43 ± 4,57	
Moderada	30,14 ± 5,20	
Intensa	26,89 ± 3,80	
Insuportável	21,00 ± 4,24	
Teve mudança no padrão do sono ocasionada pela dor?		0,001 ¹
Sim	27,43 ± 5,36	
Não	30,25 ± 4,22	
Tem diaforese?		0,587 ¹
Sim	30,30 ± 5,55	
Não	31,08 ± 4,86	
Considera-se ansioso?		0,154 ¹
Sim	30,34 ± 5,21	
Não	31,63 ± 4,72	
Apresenta constipação?		0,003 ¹
Sim	29,41 ± 5,48	
Não	31,81 ± 4,53	
Tipo de acesso?		0,073 ¹
Cateter	28,43 ± 5,75	
Fístula arteriovenosa	31,08 ± 4,94	

Continua

Continuação da Tabela 3

	Média ± DP	p < 0,05
Tempo de hemodiálise		0,001 ²
> 5 anos	31,32 ± 4,60	
5 a 10 anos	31,72 ± 4,71	
> 10 anos	25,44 ± 6,14	
Domínio sociocultural		
Teve mudança no padrão do sono ocasionada pela dor?		0,018 ¹
Sim	27,75 ± 4,38	
Não	30,39 ± 4,22	
Estado Civil		0,011 ²
Casado/União estável	31,17 ± 4,90	
Solteiro	28,91 ± 5,51	
Viúvo	28,63 ± 4,84	
Escolaridade		0,007 ²
≤ 8 anos	29,22 ± 5,00	
9 a 12 anos	31,53 ± 5,08	
≥ 13 anos	33,57 ± 5,74	
Fonte de renda		0,019 ²
Sem renda	27,33 ± 3,52	
Aposentado	31,05 ± 4,37	
Auxílio doença	29,62 ± 5,58	
Trabalha	32,33 ± 5,80	
Domínio ambiental		
Renda individual		0,444 ¹
Até 1 salário mínimo	30,16 ± 5,15	
> 1 salário mínimo	31,06 ± 5,76	
Tipo de acesso		0,033 ¹
Cateter	27,71 ± 6,46	
Fístula arteriovenosa	30,45 ± 5,04	
Tipo de transporte até a clínica		0,936 ²
A pé	30,92 ± 4,83	
Carro	31,09 ± 4,45	
Motocicleta	29,33 ± 8,41	
Transporte coletivo	30,93 ± 5,43	
Transporte prefeitura	31,44 ± 5,11	
Tem diaforese?		0,434 ¹
Sim	30,06 ± 4,83	
Não	30,30 ± 5,33	
Considera-se ansioso?		0,004 ¹
Sim	30,29 ± 4,90	
Não	32,31 ± 4,92	
Domínio psicoespiritual		
Religião		0,983 ²
Católico	55,53 ± 6,62	
Evangélico	55,75 ± 6,29	
Umbandista	56 ± 0	
Escolaridade		0,008 ²
≤ 8 anos	54,43 ± 6,59	
9 a 12 anos	57,39 ± 6,04	
≥ 13 anos	56,71 ± 5,50	
Estado civil		0,047 ²
Casado/União estável	56,52 ± 6,06	
Solteiro	54,39 ± 6,32	
Viúvo	53,69 ± 8,81	
Considera-se ansioso		0,028 ¹
Sim	54,71 ± 6,61	
Não	56,85 ± 6,13	

Notas: ¹Teste de Mann-Whitney; ²teste de Kruskal-Wallis.

Ao associar as variáveis clínicas com o domínio físico, houve significância nos pacientes que sentem dor no momento (p = 0,001); intensidade da dor (p = -0,001); mudança do padrão do sono ocasionada pela dor (p = -0,001); apresenta constipação (p = 0,003); e tempo de hemodiálise (0,001). Em relação ao domínio sociocultural, as variáveis correlacionadas que apresentaram significância foram: mudança no padrão do sono ocasionada pela dor

($p = 0,018$); estado civil ($p = 0,011$); escolaridade ($p = 0,007$); e fonte de renda ($p = 0,019$). No domínio ambiental, apenas as variáveis “considera-se ansioso” ($p = 0,004$) e “tipo de acesso” ($p = 0,033$) mostraram significância. No tocante ao domínio psicoespiritual, as variáveis que evidenciaram significância foram: escolaridade ($p = 0,032$), estado civil ($p = 0,047$) e considera-se ansioso ($p = 0,028$).

DISCUSSÃO

Ao avaliar os domínios do QCG, os pacientes evidenciaram maior comprometimento do domínio sociocultural, reafirmando aspectos prejudiciais da DRC e tratamento hemodialítico no conforto dos pacientes no que tange às relações interpessoais, familiares e socioeconômicas. A presença da DRC promove várias mudanças no comportamento dos pacientes, como nas relações interpessoais, que ficam mais limitadas, pois os sujeitos sentem-se constrangidos e têm vergonha da sua imagem perante as outras pessoas⁽¹¹⁾.

Logo, no domínio sociocultural, as variáveis que obtiveram associação com o nível de conforto foram: fonte de renda, estado civil, escolaridade e mudança no padrão do sono ocasionada pela dor. A associação da variável “fonte de renda” com o nível de conforto foi evidenciada pelo fato de os pacientes que ainda trabalham apresentarem melhor nível de conforto ($32,33 \pm 5,80$) quando comparados com os que não possuem renda, aposentados e com auxílio doença. Isso ocorre porque a doença renal crônica causa várias limitações importantes aos pacientes, levando a afastamentos e aposentadorias precoces⁽¹²⁾.

O baixo nível socioeconômico pode ser considerado como fator de risco para as doenças crônicas; e, em relação à DRC, ele pode estar associado às dificuldades de acesso ao sistema de saúde e ao controle inadequado de doenças como hipertensão e diabetes. As desigualdades sociais evidenciadas pelo elevado grau de pobreza e baixo nível de instrução na região Nordeste, especificamente, podem contribuir de modo negativo para o desenvolvimento de DRC⁽¹³⁾.

O estado civil e a escolaridade apresentaram significância em dois domínios: sociocultural e psicoespiritual. Estes podem ser justificados pelo fato de que morar com o cônjuge parece possibilitar ao indivíduo maior adesão ao tratamento, pois, pelo apoio, a rotina de tratamento torna-se mais fácil de ser enfrentada⁽¹⁴⁾, o que justifica a maior média de conforto entre os pacientes em tal situação de convivência.

Já em relação a escolaridade, o menor número de anos de estudo pode interferir na procura aos serviços de saúde, bem como na adesão e no tratamento das doenças crônicas, gerando complicações e agravamento da doença renal crônica. Um estudo evidenciou que a maior prevalência de doenças crônicas se apresenta nas populações mais vulneráveis e com menor nível de escolaridade, visto que essas pessoas utilizam menos os serviços de saúde⁽¹⁵⁾.

O domínio que também revelou nível de conforto mais baixo na sequência foi o ambiental, que envolve fatores relacionados com a luz, ruído, equipamentos (móveis), cor, temperatura e elementos naturais versus sintéticos em seus arredores⁽¹⁶⁾.

Assim, as variáveis que se mostraram significantes quando correlacionadas com esse domínio foram: tipo de acesso e considerar-se ansioso. Pacientes que fazem uso de cateter evidenciaram menor

nível de conforto. A presença dos acessos vasculares aparentes como o cateter causa prejuízos significativos na autoimagem e sexualidade dos pacientes, bem como incômodo em uma região sensível quando inserido na veia jugular ou em região íntima em veia femoral. O fato de ter uma doença crônica sem possibilidade de cura e necessitar de um tratamento dialítico para sobreviver associado à FAV ou cateter no corpo acaba gerando isolamento social e desinteresse em relacionamentos afetivos⁽¹⁷⁾, fato que pode comprometer o conforto em seu ambiente.

A ansiedade mostrou relação com o nível de conforto nos domínios ambiental e psicoespiritual: os pacientes que se consideraram ansiosos obtiveram menos nível de conforto, e a prevalência em pacientes dialíticos varia entre 13% e 50%⁽¹⁸⁾. Tal sintoma se mostrou como um fator que interfere especificamente no conforto ambiental e psicoespiritual dos pacientes em hemodiálise. No que diz respeito ao ambiente, a clínica de hemodiálise muitas vezes causa medo nos pacientes devido aos sinais sonoros atrelados às intercorrências que podem ocorrer nas sessões; bem como ao desconforto ocasionado pela cadeira, levando o indivíduo a ficar impaciente e/ou agoniado, ansioso por concluir a sessão⁽¹⁹⁾.

Estudo que investigou a associação entre sintomas psicológicos, tais como depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida no paciente em hemodiálise, apontou a ansiedade como o sintoma psicológico mais comum nesses pacientes, com importante impacto na vida de doentes renais em tratamento hemodialítico⁽²⁰⁾.

O terceiro domínio na sequência do nível de conforto foi o físico, o qual envolve os mecanismos fisiológicos que são interrompidos devido a uma doença ou a procedimentos invasivos⁽¹⁶⁾. Neste, as alterações que obtiveram associação com o conforto foram: sentir dor no momento, intensidade da dor, mudança do padrão do sono ocasionada pela dor, constipação e tempo de hemodiálise.

Pacientes que não sentem dor apresentam maior média de conforto geral quando comparados aos que sentem dor. Esta interfere no contexto físico devido às sensações corporais⁽¹⁶⁾. Por exemplo, o posicionamento dos pacientes durante as sessões de HD afeta o conforto físico. Contudo, na hemodiálise, esse tipo de conforto muito se relaciona aos procedimentos invasivos, como a inserção das agulhas em pacientes que possuem FAV. A dor causada pela inserção das agulhas na FAV é considerada um problema comum e inevitável desse método⁽²¹⁾.

Outra queixa de dor muito referida pelos pacientes é a cefaleia. Sua relação com a hemodiálise é observada logo no início do tratamento dialítico, podendo ser acompanhada por outros sintomas como náuseas, vômitos e hipertensão arterial⁽²²⁾.

Quase metade dos pacientes que sentem dor classifica sua intensidade como moderada a severa⁽²³⁾. Fato semelhante foi encontrado em nossos dados: quase metade dos pacientes que sentiam dor relatou intensidade moderada, seguida de intensa. No contexto físico, a dor insuportável apresentou pior nível de conforto.

A dor persistente pode prejudicar o sono, diminuir a memória, comprometer o estado físico e diminuir as atividades sociais⁽²⁴⁾. Ao correlacionar a mudança no padrão do sono ocasionada pela dor com o conforto nos domínios físico e sociocultural, observou-se significância estatística, sendo, a maior média de conforto, entre os pacientes que não tiveram mudança no sono.

Outro sintoma que apresentou significância com o domínio físico foi a constipação intestinal. No presente estudo, essa variável foi verificada em 38,9% dos pacientes. Apesar de a maioria ainda urinar, verificou-se que 78,3% dos pacientes entrevistados ingerem menos de um litro de água por dia, devido a restrições médicas, favorecendo assim a constipação intestinal.

A causa desse sintoma em pacientes renais crônicos pode estar associada a alguns fatores inerentes a essa população, como fatores emocionais, patológicos, físicos, medicamentosos; porém, se deve principalmente a hábitos alimentares como a redução de ingestão de fibras e de líquidos. Muitos alimentos com alto nível de fibras também são ricos em potássio, razão pela qual os pacientes são orientados a evitá-los⁽²⁵⁾.

O domínio do GCQ com maior pontuação foi o psíquico, que possui ligação com a consciência interna de si mesmo, incluindo a sexualidade, o significado da própria vida e o relacionamento de alguém com uma ordem ou ser superior⁽¹⁶⁾. Esse último domínio obteve associação com o nível de conforto em variáveis comuns a outros domínios, como a escolaridade e o estado civil, no sociocultural; e considerar-se ansioso, no ambiental.

Diante disso, sugere-se que a presença de um companheiro, os anos de estudos, bem como os sentimentos que são gerados diante das limitações e rotinas exaustivas impostas pelo tratamento hemodialítico interferem no conforto do paciente em diversas esferas. Isso exige que a equipe de profissionais atuantes nos centros de hemodiálise ofereça meios para a melhoria do conforto mediante suporte social, promova aumento da interação entre os profissionais e os pacientes, bem como medeie as intervenções que venham a melhorar o sono, fortalecer a fé e a espiritualidade nesses indivíduos.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo foram: a lacuna na literatura de estudos que usaram o QCG para mensurar o conforto do paciente renal crônico; e a realização deste estudo em uma única localidade regional, o que restringe a generalização dos resultados.

Contribuições para área da Enfermagem

Esta pesquisa constata que o GCQ é um questionário útil na avaliação do nível de conforto geral e nos contextos específicos, favorecendo a reorientação de ações antes, durante e após a hemodiálise, bem como a relação com possíveis variáveis negativas que interferem no conforto.

Assim, constata-se que os resultados advindos deste estudo possibilitam que enfermeiros direcionem e fortaleçam o processo

de enfermagem para o paciente renal crônico dependente de terapia renal substitutiva por meio da avaliação do conforto e de sua promoção, utilizando um questionário específico validado capaz de descrever, explicar e prever esse fenômeno.

Desse modo, nota-se que a utilização desse instrumento viabiliza identificar as necessidades intervenientes de conforto direcionando a promoção deste por meio de intervenções com base na realidade contextual em que o paciente está inserido. Isso pode ser feito mediante socialização e apoio social pelos familiares e outros membros, fortalecimento de vínculos, orientação em saúde visando à mudança de comportamentos inadequados e à diminuição de complicações intradialíticas e interdialíticas, redução da ansiedade, aumento da autoestima e autoconceito, promoção do desenvolvimento de estratégia de enfrentamento, controle de humor, resiliência e controle ambiental na garantia da qualidade e segurança da assistência.

Assim, este estudo sugere um novo olhar para o paciente renal crônico em tratamento de hemodiálise, contemplando aspectos que podem ser mais bem garantidos na assistência, como o uso de intervenções diretas ou indiretas.

CONCLUSÃO

Foi possível identificar, nos quatro domínios do conforto, necessidades dos pacientes, como presença e intensidade de dor, ansiedade, constipação e tipo de acesso, tornando possível nortear os enfermeiros na sistematização do cuidado sob quais domínios precisam ser melhorados no conforto desses pacientes.

Ainda, verificou-se que o GCQ, um indicador empírico da teoria de Kolcaba, é útil para ser aplicado a fim de identificar os níveis de conforto dos pacientes em hemodiálise sob os diversos contextos da teoria; e serve para compreender quais aspectos influenciam negativamente no nível do conforto, como o sexo, estado civil, presença de dor, ansiedade, prurido, constipação e tipo de acesso.

Nesse sentido, o presente estudo constatou que, entre os contextos ou domínios, o conforto sociocultural apresentou menor média, justificado pelas alterações na autoimagem e convívio social, comuns nos pacientes renais; já o psíquico foi o que obteve melhor nível de conforto. Mediante tais resultados, o enfermeiro pode conhecer quais as necessidades de conforto que precisam ser implementadas para o alcance dos estados de conforto, visando melhorar o bem-estar desses pacientes.

Esta pesquisa pode favorecer, ainda, a realização de novas investigações relativas à questão do conforto ao paciente renal, subsidiando a implementação de novas abordagens terapêuticas que possam melhorar as condições de vida dos pacientes em questão.

REFERÊNCIAS

1. Silva SM, Braidó NF, Ottaviani AC, Gesualdo GD, Zazzetta MS, Orlandi FS. Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2752. doi: 10.1590/1518-8345.0411.2752
2. Zazzeron L, Pasquinellia G, Nannib E, Cremoninib V, Rubbib I. Comparison of Quality of life in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Kidney Blood Press Res*. 2017;42:717-727. doi: 10.1159/000484115
3. Oliveira APB, Schmidt DB, Amatneeks TM, Santos JC, Cavallet LHR, Michel RB. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. *J Bras Nefrol*. 2016;28(4):411-20. doi: 10.5935/0101-2800.20160066

4. International Society of Nephrology. Global Kidney Health Atlas: a report by the International Society of Nephrology on the current state of organization and structures for kidney care across the globe. Brussels, Belgium, 2017.
5. Freitas KS, Menezes IG, Mussi FC. Validation of the Comfort scale for relatives of people in critical states of health. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(4):660-8. doi: 10.1590/0104-1169.0180.2601
6. Kolcaba K. Definitions of concepts in Kolcaba's middle range: theory of comfort [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 28]. Available from: <http://www.thecomfortline.com/home/faq.html>
7. Góis JA, Freitas KS, Kolcaba K, Mussi FC. Cross-cultural adaptation of the General Comfort Questionnaire to Brazilian patients with myocardial infarction. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):2998-3005. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0557
8. Pinto S, Fumincelli L, Mazzo A, Caldeira S, Martins JC. Comfort, well-being and quality of life: discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomed J*. 2017;2(1):6-12. doi: 10.1016/j.pbj.2016.11.003
9. Ribeiro PCPSV, Marques RMD, Ribeiro MP. Geriatric care: ways and means of providing comfort. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):865-72. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0636
10. Melo GAA, Silva RA, Pereira FGF, Caetano JA. Adaptação cultural e confiabilidade do General Comfort Questionnaire para pacientes renais crônicos no Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2963. doi: 10.1590/1518-8345.2280.2963
11. Bibiano RS, Souza CA, Silva AC. A percepção da autoimagem do cliente renal crônico com cateter temporário de duplo lúmen. *Revista Pró-UniverSUS*[Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 22];5(1):5-1. Available from: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/792/60>
12. Cosson IO, Gomes GM, Gomes AA, Silva KV. Profile of patients in renal replacement therapy in nephrology unit. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(Supl. 2):3693-9. doi: 10.5205/reuol.4597-37683-1-ED.0810supl201416
13. Nunes MB, Santos EM, Leite MI, Costa AS, Guihem DB. Epidemiological profile of chronic kidney patients on dialysis program. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(1):69-76. doi: 10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201410
14. Medeiros RC, Sousa MNA, Santos MLL, Medeiros HRL, Freitas TD, Moraes JC. Epidemiological profile of patients under hemodialysis. *Rev Enferm UFPE*. 2015;9(11):9846-52. doi: 10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201527
15. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl1):10s. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051000090
16. Kolcaba K. *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company: New York, 2003.
17. Silva PFC, Pires AS, Gonçalves FGA, Cunha LP, Campos TS, Noronha IR. Influence of vascular accesses on the self-image and sexuality of patients undergoing hemodialysis: contribution to nursing. *Cienc Cuid Saude*. 2017;12(1):1-7. doi: 10.4025/ciencuidsaude.v16i1.34402
18. Loosman WL, Haverkamp GLG, Beukel TOV, Hoekstra T, Dekker FW, Shaw PKC, et al. Depressive and anxiety symptoms in Dutch immigrant and native dialysis patients. *J Immigr Minor Health*. 2018;20(6):1339-46. doi: 10.1007/s10903-018-0722-9
19. Grebin SZ, Echeveste MES, Magnago PF, Tanure, RLZ, Pulgati FH. Estratégia de análise para avaliação da usabilidade de dispositivos médicos na percepção do usuário: um estudo com pacientes em tratamento de hemodiálise. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 10];34(8):1-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00074417.pdf>
20. Bujang MA, Musa R, Liu WJ, Chew TF, Lim CTS, Morad Z. Depression, Anxiety and stress among patients with dialysis and the association with quality of life. *Asian. J Psychiatr*. 2015;18:49-52. doi:10.1016/j.ajp.2015.10.004
21. Ghoreyshi Z, Amerian M, Amanpour F, Ebrahimi H. Evaluation and comparison of the effects of xyla-p cream and cold compress on the pain caused by the cannulation of arteriovenous fistula in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl*[Internet]. 2018[cited 2019 Feb 14];29:369-75. Available from: <http://www.sjkdt.org/text.asp?2018/29/2/369/229265>
22. Moraes AP, Salomão CEM, Soares FHC, Sousa KS, Moraes TC, Silva MHS, Pimentel AL. Prevalência de cefaleia em uma unidade de diálise. *Rev Interdiscip Estud Exper*[Internet]. 2016[cited 2019 Feb 14];8:23-30. Available from: <https://riee.ufjf.emnuvens.com.br/riee/article/view/2883/1080>
23. Koncicki HM, Schell JO. Communication skills and decision making for elderly patients with advanced kidney disease: a guide for nephrologists. *Am J Kidney Dis*. 2016;67(4):688-695. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.09.032
24. Vides MC, Martins MR. Bone pain assessment in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Rev Dor*. 2017;18(3):245-9. doi: 10.5935/1806-0013.20170109
25. Tinôco JDS, Paiva MGMN, Lúcio KDB, Pinheiro RL, Macedo BM, Lira ALBC. Complications in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Cogitare Enferm*. 2017;22(4):e52907. doi: 10.5380/ce.v22i4.52907