

Avaliação de dependência e risco de pacientes submetidos à hemodiálise em um hospital público no ano de 2016 e 2017

Assessment of dependence and risk of patients undergoing hemodialysis in a public hospital in the year 2016 and 2017

Evaluación de la dependencia y el riesgo de los pacientes sometidos a hemodiálisis en un hospital público en el año 2016 y 2017

Recebido: 21/07/2022 | Revisado: 29/07/2022 | Aceito: 02/08/2022 | Publicado: 10/08/2022

Aline Moraes da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1747-1939>
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: lili_moore@hotmail.com

Andreia Insabralde de Queiroz Cardozo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9431-7484>
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: andreaqc@gmail.com

Thauane de Oliveira Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8999-9225>
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: thauo56@gmail.com

Ana Clara Martins Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2256-7599>
Estratégia de Saúde da Família Rosalino Pereira, Brasil
E-mail: anacarla_m_b@hotmail.com

Andyara Thalissa Forin Paes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5121-0839>
Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: andyarathalissa@gmail.com

Mariana Pereira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9849-4472>
Hospital Unimed/CG, Brasil
E-mail: marianapereiraa@hotmail.com

Marcos Antonio Ferreira Junior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9123-232X>
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: marcos_nurse@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Classificar o risco e grau de dependência dos pacientes submetidos à hemodiálise em um hospital público no estado do Mato Grosso do Sul. **Métodos:** Estudo transversal realizado em unidade de hemodiálise de setembro de 2016 a abril de 2017. Os dados foram coletados, com entrevista estruturada, análise de prontuários e com aplicação do instrumento Categorización Usuário Según Dependência y Riesgo, em unidades de hemodiálisis (CUDYR-DIAL). A Análise de dados ocorreu por estatística descritiva simples. **Resultados:** Amostra composta por 27 pacientes, a maioria do sexo masculino com idade média de 61,22 anos. A categorização evidenciou risco alto e autossuficiência parcial (51,9%). Quanto à dependência, a maioria demandava cuidados básicos, entretanto, 88,9% necessitavam de apoio psicossocial e emocional. Em relação ao risco encontrou-se que 81,5% dos pacientes eram caracterizados como de alto risco e assim necessitava de controle rigoroso de sinais vitais, cuidados com acessos vasculares e pele e administração de medicamento durante a seção de hemodiálise. **Conclusão:** Os pacientes demandam atividades assistenciais complexas e de risco, e necessitam de apoio psicoemocional.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica; Diálise renal; Cuidados de enfermagem.

Abstract

Objective: To classify the risk and degree of dependence of patients undergoing hemodialysis in a public hospital in the state of Mato Grosso do Sul. **Methods:** Cross-sectional study carried out in a hemodialysis unit from September 2016 to April 2017. Data were collected, with structured interview, analysis of medical records and application of the instrument Categorización User Según Dependency y Riesgo, in hemodialysis units (CUDYR-DIAL). Data analysis was performed using simple descriptive statistics. **Results:** Sample composed of 27 patients, the majority were male

with a mean age of 61.22 years. The categorization showed high risk and partial self-sufficiency (51.9%). As for dependence, most required basic care, however, 88.9% needed psychosocial and emotional support. Regarding risk, it was found that 81.5% of patients were characterized as high risk and thus required strict control of vital signs, care with vascular and skin accesses, and medication administration during the hemodialysis section. *Conclusion:* Patients demand complex and risky care activities, and they need psycho-emotional support.

Keywords: Renal insufficiency; Chronic, kidney dialysis; Nursing care.

Resumen

Objetivo: Clasificar el riesgo y grado de dependencia de los pacientes sometidos a hemodiálisis en un hospital público del estado de Mato Grosso do Sul. *Métodos:* Estudio transversal realizado en una unidad de hemodiálisis de septiembre de 2016 a abril de 2017. Se recolectaron datos, con entrevista estructurada, análisis de historias clínicas y aplicación del instrumento Categorización User Según Dependency y Riesgo, en unidades de hemodiálisis (CUDYR-DIAL). El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva simple. *Resultados:* Muestra compuesta por 27 pacientes, la mayoría eran hombres con una edad media de 61,22 años. La categorización mostró alto riesgo y autosuficiencia parcial (51,9%). En cuanto a la dependencia, la mayoría requirió cuidados básicos, sin embargo, el 88,9% necesitó apoyo psicosocial y emocional. En cuanto al riesgo, se encontró que el 81,5% de los pacientes se caracterizaron por ser de alto riesgo y por ello requirieron un control estricto de los signos vitales, cuidado de los accesos vasculares y cutáneos y administración de medicamentos durante la sección de hemodiálisis. *Conclusión:* los pacientes demandan actividades asistenciales complejas y riesgosas, y necesitan apoyo psicoemocional.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica; Diálisis renal; Cuidado de enfermería.

1. Introdução

A doença renal crônica (DRC) causa grande impacto aos sistemas de saúde mundial; no entanto, informações sobre a doença ainda são limitadas (Crews et al., 2019). É apontada como um grave problema de saúde pública pela alta prevalência e elevado custo despendido na realização do tratamento, além do contínuo envelhecimento populacional (Bikbov et al., 2018). Sua amplitude é associada, principalmente, à hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (KDIGO, 2013).

No Brasil, no ano de 2018, existiam cerca de 42.546 pacientes em diálise, o que demonstra um aumento progressivo estimado em 54,1% quando se compara ao ano de 2009 (Neves et al., 2020). Vale ressaltar que o tratamento não promove a cura, mas a sobrevivência, com necessidade de discussão quanto à qualidade de vida em meio à terapia renal substitutiva (TRS) para cada indivíduo (Rao et al., 2021).

Quanto ao tratamento da DRC no Brasil, a hemodiálise (HD) é o método mais utilizado, seu atendimento requer equipe multidisciplinar treinada, e, em particular, uma equipe de enfermagem que necessita ter habilidades interpessoais e técnicas durante a prestação de cuidados (Reddenna et al., 2014).

Nesta direção, existe a Portaria 543/2017 de 18 de abril de 2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que estabelece parâmetros para o dimensionamento dos profissionais de enfermagem em nefrologia (Conselho Federal de Enfermagem, 2017). No entanto, esta portaria não considera aspectos peculiares da assistência de enfermagem disponibilizada a estes clientes, como idade, gravidade, complexidade da terapia, grau de dependência e risco, que podem alterar os parâmetros de cuidados e as horas de trabalho da equipe.

No que tange aos cuidados de enfermagem com o doente renal crônico nas unidades de HD, quanto maior o grau de deterioração clínica, maior a demanda de trabalho da equipe. Desta forma, existe a necessidade de organização do processo de trabalho referente ao agrupamento de pacientes, análise de complexidade e a utilização de instrumentos validados para subsidiar o dimensionamento da equipe de enfermagem de forma equânime na nefrologia (Figueiredo et al., 2016).

Mediante esta perspectiva importante para a qualidade dos cuidados de enfermagem em nefrologia, no Brasil em 2016 houve a tradução e adaptação para o português de um instrumento específico para avaliar pacientes submetidos a TRS (Figueiredo et al., 2016). O referido instrumento foi desenvolvido no Chile (Arechabala-mantuliz et al., 2014), denominado Categorización Usuário Según Dependência y Riesgo, em unidades de hemodiálisis (CUDYR-DIAL) (Figueiredo et al., 2016).

Este instrumento avalia 14 itens através de duas escalas. Uma escala possui 6 itens e avalia o grau de dependência da

equipe de enfermagem. A outra, possui 8 itens e avalia o risco que os pacientes estão expostos, tais como alterações do volume, mudança nos sinais vitais, complicações com o acesso vascular, uso de medicações durante a terapia dialítica, entre outros (Figueiredo et al., 2016). Dessa forma, a dependência avalia o quanto o indivíduo necessita da equipe de enfermagem para satisfazer suas necessidades durante a HD; e o risco analisa as situações potencialmente perigosas durante a realização do procedimento (Arechabala-mantuliz et al., 2014).

Diante do exposto, percebeu-se uma lacuna de conhecimento referente a instrumentos de avaliação da atenção disponibilizada atualmente nos serviços, que não caracterizam e consideram aspectos específicos desta população e de sua terapêutica, assim como, deste novo instrumento construído e validado especificamente para unidade de HD. Assim surgiu a questão de pesquisa: Qual o real grau de dependência e risco dos pacientes submetidos a HD por meio do instrumento CUDYR-DIAL em um serviço de referência em nefrologia?

Dessa forma, o presente estudo utilizou o instrumento CUDYR-DIAL (Figueiredo et al., 2016), com o objetivo de classificar o risco e grau de dependência dos pacientes submetidos à hemodiálise em um hospital público no estado do Mato Grosso do Sul.

2. Metodologia

Estudo quantitativo, descritivo e transversal, desenvolvido em um hospital público de referência para nefrologia no município de Campo Grande, Capital do Estado do Mato Grosso do Sul, no período de setembro de 2016 a abril de 2017.

O referido hospital atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e possui o número total de 399 leitos com 46 especialidades em saúde, distribuídas entre as linhas de cuidado cardiovascular, clínica cirúrgica, clínica médica, materno-infantil, nefro-urológica, oncológica e de paciente crítico. Considerado hospital de ensino é também referência estadual para a assistência de alta complexidade na linha nefro-urológica e para o atendimento contra a COVID-19.

O serviço de nefrologia possui ambulatório para atender portadores de DRC em estágios 3b a 5 não dialítico e setor terapia renal substitutiva (TRS) para aqueles que necessitam de hemodiálise ou diálise peritoneal, podendo o atendimento ser ambulatorial ou por internação. O corpo clínico é constituído por 9 médicos nefrologistas e contempla o programa de residência médica em nefrologia.

A equipe de enfermagem abrange 4 enfermeiras especialistas em nefrologia e 20 técnicos de enfermagem. O setor de HD funciona no período matutino e vespertino, possui 12 máquinas de HD, uma sala de isolamento respiratório e hepatite B, e duas salas para atendimento de diálise peritoneal, além dos consultórios médicos e de enfermagem. O atendimento de diálise acontece ainda nas unidades de tratamento crítico, e a média mensal, atual, de atendimento é de 70 pacientes.

Foram incluídos no estudo pacientes submetidos a HD ambulatorial no setor de nefrologia, maiores de 18 anos e de ambos os sexos. Foram excluídos da pesquisa pacientes indígenas, estrangeiros, hospitalizados, com problemas de comunicação e com transtornos mentais ou comportamentais.

A amostra foi obtida de forma censitária e por conveniência. Todos os pacientes cadastrados no setor como HD ambulatorial de rotina foram incluídos no estudo. Não houve nenhuma recusa de inclusão de pacientes na pesquisa e não houve nenhuma perda amostral ao longo da pesquisa. O estudo foi composto por 27 pacientes.

A coleta de dados foi feita em 30 dias consecutivos, nos dois turnos de funcionamento do setor de Hemodiálise (matutino e vespertino). Os pacientes foram acompanhados e avaliados em média 5 vezes.

Os pesquisadores optaram por coletar os dados em duas etapas, para melhor contato com a equipe multiprofissional, pacientes e seus familiares. Na primeira etapa, procedeu-se a coleta de dados, com a realização de uma entrevista estruturada, composta por questões fechadas, a qual foi desenvolvida pelos pesquisadores e levantou-se os seguintes dados: idade, sexo, procedência, estado civil, grau de instrução e número de vezes que necessitam comparecer a unidade de saúde além dos dias

previstos de HD. A entrevista aconteceu no próprio setor de nefrologia durante a realização da HD. Foi realizada ainda, a consulta nos prontuários físicos dos respectivos pacientes, para análise mais detalhada da caracterização sociodemográfica e clínica, que buscou informações sobre modalidade de tratamento, tempo de tratamento, comorbidades, doença de base e uso de medicações.

Para a realização da segunda etapa, os pesquisadores acompanharam a rotina do setor de HD, durante o período de um mês no turno matutino (06:30 às 12:30) e vespertino (12:30 às 18:30), para o correto preenchimento do instrumento CUDYR-DIAL (Figueiredo et al., 2016). O preenchimento foi feito a partir da observação dos cuidados realizados durante toda a seção de HD.

Com vistas a aumentar a qualidade do dado coletado, foi realizado treinamento com os instrumentos a serem utilizados, e um estudo piloto de uma semana para melhor assimilação, análise de erros e acerto, e, por fim, a calibração da utilização dos instrumentos para refletir a realidade vivenciada no serviço de HD. O estudo piloto incluiu três pacientes que não foram considerados na amostra final da pesquisa.

A pesquisa foi alocada em duas etapas, para melhor contato com os funcionários da enfermagem, equipe multiprofissional, pacientes e seus familiares. Na primeira etapa, procedeu-se a coleta de dados, com a realização de uma entrevista estruturada, composta por questões fechadas, a qual foi desenvolvida pelos pesquisadores. Foi realizada ainda, a consulta nos prontuários dos respectivos pacientes, para análise mais detalhada da caracterização sociodemográfica e clínica.

O instrumento CUDYR-DIAL avalia a dimensão dependência e risco. A categorização de dependência avalia seis itens, em que os escores variam de 0 a 3 pontos, que somadas pontuam: 1-Dependência Total (13 a 18 pontos), 2- Dependência Parcial (7 a 12 pontos), 3-Autossuficiente Parcial (0 a 6 pontos). O risco, de forma semelhante, pontua cada item de 0 a 3 pontos, que somadas determinam: A -Risco Máximo (19 a 24 pontos), B -Risco Alto (12 a 18 pontos), C -Risco Médio (6 a 11 pontos) e D -Risco Baixo (0 a 5 pontos).

A partir do cruzamento da pontuação obtida nas escalas de “dependência” e “risco”, obtém-se a categorização segundo CUDYR-DIAL em: Risco Máximo (19 a 24 pontos) e dependência máxima/total (13 a 18 pontos); Risco máximo (19 a 24 pontos) e dependência parcial (07 a 12 pontos); Risco máximo (19 a 24 pontos) e autossuficiência parcial (0 a 6 pontos); Risco Alto (12 a 18 pontos) e Dependência Total (13 a 18 pontos); Risco alto (12 a 18 pontos) e Dependência Parcial (07 a 12 pontos); Risco alto (12 a 18 pontos) e autossuficiência parcial (0 a 6 pontos); , Risco Médio (6 a 11 pontos) e Dependência Total (13 a 18 pontos); Risco Médio (6 a 11 pontos) e Dependência Parcial (07 a 12 pontos); Risco Médio (6 a 11 pontos) e Autossuficiência parcial (0 a 6 pontos).

Após a coleta de dados, os mesmos foram tabulados no Microsoft Excel, com posterior análise no programa EpiInfo para realização de estatística descritiva simples. Considerou-se variáveis independentes: sexo, faixa etária, tempo de tratamento e tempo de acompanhamento em dias; e variáveis dependentes: o risco e a dependência. Para a organização deste artigo foram seguidas as orientações STROBE Statement-Checklist voltado a estudos observacionais transversais (Von Elm et al., 2008).

O Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o Protocolo CAAE58739316.6.0000.0021 e foi desenvolvido em consonância com a resolução 466/2012. Somente participaram da pesquisa indivíduos que assinaram o TCLE.

3. Resultados

A amostra foi composta por 27 pacientes. Destes, 70,4% eram do sexo masculino e 29,6% do sexo feminino. A idade dos pacientes variou entre 35 e 87 anos, com idade média de $61,22 \pm 2,87$ anos (média \pm erro padrão da média). A maior parte dos pacientes possuía mais de 50 anos (70,4%) e estavam em tratamento a menos de 1 ano (55,6%). Em relação ao número de dias que necessitava de acompanhamento no serviço de saúde, além dos dias da hemodiálise, em 51,9% dos casos, ele era de

até 5 dias/ mês.

A distribuição dos pacientes avaliados neste estudo, conforme os cuidados específicos de enfermagem que caracterizam o risco, estão descritos abaixo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes em hemodiálise segundo os cuidados de enfermagem e os riscos - Campo Grande, MS, Brasil, 2016-2017 (n=27).

Riscos	n	(%)
1 SINAIS VITAIS (pré-diálise, horário/ pós-diálise)		
Controle por 4 a 6 vezes	6	22,2
<i>Controle por 7 a 10 vezes</i>	21	77,8
2 CONTROLE DE VOLUME		
<i>2 vezes</i>	18	66,7
3 a 5 vezes	9	33,3
3 OXIGENOTERAPIA		
<i>Não necessária</i>	24	88,9
Por cânula nasal	2	7,4
4 MANEJO DE ACESSOS VASCULARES		
<i>Conexão/desconexão da FAV ou enxerto sem complicações</i>	25	92,6
Conexão/desconexão da FAV ou enxerto com complicações	2	7,4
5 INTERVENÇÕES PROFISSIONAIS		
Dois procedimentos invasivos durante o turno da diálise	5	18,5
<i>Três ou mais procedimentos invasivos durante o turno de diálise</i>	22	81,5
6 CUIDADOS DE PELE E CURATIVOS		
Curativo uma ou duas vezes durante a diálise, sem complexidade de técnica empregada	11	40,7
Curativo de acesso venoso vascular três ou mais vezes, sem complexidade	1	3,7
<i>Curativo de cateter venoso central transitório ou permanente por uma ou mais vezes com técnica estéril ou Curativo com técnica complexa</i>	15	55,6
7 ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS		
<i>Tratamento com um fármaco por via endovenosa (EV) e um fármaco por outras vias (SC, oral, aérea, ocular)</i>	13	48,1
Tratamento com um fármaco por via EV e quatro ou mais fármacos por outras vias	5	18,5
8 PRESENÇA DE ELEMENTOS INVASIVOS		
Acesso venoso periférico de pequeno calibre	1	3,7
Com duas vias venosas periféricas de maior calibre (cateter arterial ou venoso)	11	40,7
<i>Com uma via venosa central e uma ou mais vias venosas periféricas e outro elemento invasivo</i>	15	55,6

Fonte: Dados da Pesquisa (2016-2017).

Em relação à medição diária de sinais vitais, para a maior parte dos pacientes (77,8%) eram realizadas entre 7 e 10 aferições. Quanto ao controle de volume, para a maioria dos pacientes (66,7%) eram feitos 2 controles durante o tratamento. A maior parte dos pacientes avaliados neste estudo não recebia oxigenioterapia (88,9%), e a conexão/desconexão do cateter venoso central (transitório ou permanente) acontecia sem complicações (92,6%).

A maioria dos pacientes (81,5%) recebia três ou mais procedimentos invasivos, realizados por enfermeiros durante o turno de diálise, ou ainda um ou mais procedimentos invasivos, realizados por médico durante o turno de diálise (sutura para fixação de cateter ou retirada de cateter). Em relação ao cuidado da pele e curativos, metade dos pacientes (55,6%) recebia curativo no cateter venoso central, por uma ou mais vezes, com técnica estéril. Além disso, os profissionais realizavam curativos em feridas em outras partes do corpo (pé diabético, feridas crônicas).

Quanto à administração de tratamento farmacológico, o mais observado (48,1%) foi a aplicação de fármaco por via endovenosa (heparina) durante a sessão de HD, ou o tratamento com este fármaco somado a outro fármaco por via subcutânea, oral, nebulização ou oftálmica; 55,6% apresentavam um acesso venoso central e uma ou mais vias venosas periféricas (cateter arterial ou venoso), e outro elemento invasivo, tal como sondas, drenos, entre outros.

Ao se atribuir os valores de 0 a 3 pontos para cada subitem da escala de riscos, encontrou-se que 81,5% dos pacientes eram caracterizados como de alto risco, 14,8% risco médio e 3,7% risco máximo.

A caracterização da dependência dos pacientes em HD avaliados neste estudo está apresentada na Tabela 2. A maioria dos pacientes (85,2%) requeria, em relação ao conforto e bem-estar, o cuidado básico de troca de roupa da poltrona durante a sessão de HD.

Em relação aos cuidados na mobilização e transporte o mais observado foi que o usuário deambulava sem ajuda, mobilizava-se e se instalava sozinho na poltrona (44,4%). Quanto aos cuidados de alimentação, a maior parte dos pacientes se alimentava sem ajuda (77,8%). Nos cuidados na eliminação, a maioria usava o banheiro sem ajuda (44,4%). Em relação ao apoio psicossocial e emocional, a maior parte dos pacientes (88,9%) recebia entre 05 e 14 minutos de apoio durante o turno da enfermagem (conversar, acompanhar e escutar). Quanto à vigilância, a maioria (66,7%) se encontrava consciente, orientado e autônomo durante a HD.

Tabela 2 - Caracterização dos pacientes em hemodiálise avaliados quanto ao grau de dependência. Campo Grande, MS, Brasil, 2016-2017 (n=27).

Dependência	n	(%)
1 CUIDADOS NO CONFORTO E BEM-ESTAR		
Usuário requer troca de roupa da poltrona durante a sessão de diálise	22	85,2
Usuário requer troca de roupa da poltrona /leito + pessoal sem troca de fraldas	2	7,4
Usuário requer troca de roupa da poltrona/leito + pessoal com troca de fraldas	2	7,4
2 CUIDADOS NA MOBILIZAÇÃO E TRANSPORTE		
Usuário deambula sem ajuda	12	44,4
Usuário deambula com ajuda e se instala na poltrona sem ajuda	4	14,8
Usuário é transferido desde a cadeira de rodas até a poltrona de apoio	8	29,6
Usuário não deambula	3	11,1
3 CUIDADOS DA ALIMENTAÇÃO		
Usuário se alimenta sem ajuda	21	77,8
Usuário se alimenta via oral, com ajuda e supervisão	3	11,1
Usuário recebe alimentação por via enteral permanente ou descontinua ou recebe alimentação e/ou hidratação por via parenteral total/parcial e requer controle de ingesta oral	3	11,1
4 CUIDADOS NA ELIMINAÇÃO		
Utiliza o banheiro sem ajuda	12	44,4
Utiliza o banheiro com ajuda e supervisão	5	18,5
Eliminação por via natural, com ou sem auxílio, em recipiente adequado (papagaio/ comadre/ urinol)	1	3,7
Eliminação por via natural que requer uso de fraldas ou sonda Folley e/ou ostomia	9	33,3
5 APOIO PSICOSSOCIAL E EMOCIONAL		
Usuário recebe menos de 05 min. de apoio durante turno (conversar, acompanhar e escutar)	1	3,7
Usuário recebe entre 05 e 14 min. de apoio durante turno	24	88,9
Usuário recebe entre 15 e 30 min. de apoio durante turno	2	7,4
6 VIGILÂNCIA		
Consciente, orientado, autônomo	18	66,7
Consciente, mas com instabilidade de marcha ou não caminha por alteração física	6	22,2
Consciente, mas agitado e com risco de queda ou incidente	1	3,7
Usuário com risco de queda ou incidentes ou com alteração de consciência e/ou conduta insegura e/ou com três ou mais elementos invasivos	2	7,4

Fonte: Dados da Pesquisa (2016-2017).

Ao se atribuir valores de 0 a 3 pontos para os subitens da escala de dependência, verificou-se que 85,1% dos participantes se caracterizam como autossuficientes parciais, 11,1% como dependentes totais e 3,8% como dependentes parciais.

A seguir, na tabela 3 é demonstrada a classificação final dos clientes avaliados neste estudo pelo instrumento CUDYR-DIAL, o qual detectou que a clientela assistida (51,9%) apresenta “risco alto e autossuficiência parcial”.

Tabela 3 - Distribuição de pacientes em hemodiálise avaliados conforme o CUDYR-DIAL. Campo Grande, MS, Brasil, 2016-2017 (n=27).

Categoria	n	(%)
Risco máximo-Dependência total	1	3,7
Risco alto-Dependência total	2	7,4
Risco alto- Dependência parcial	6	22,2
Risco alto- Autossuficiência parcial	14	51,9
Risco médio- Dependência parcial	1	3,7
Risco médio-Autossuficiência parcial	3	11,1

Fonte: Dados da Pesquisa (2016-2017).

4. Discussão

Na unidade de tratamento de HD, onde foi realizado este estudo, identificou-se a maior prevalência de indivíduos do sexo masculino (70,4%), com idade superior a 50 anos (70,4%), e em HD a menos de 1 ano (55,6%). Os dados corroboram outros estudos realizados que também encontraram a predominância do sexo masculino (Andrade et al., 2021) acima de 50 anos em TRS (Amaral et al., 2019).

No que tange a idade, pode-se relacionar o surgimento da doença renal com o processo de senescência, visto que é uma fase em que o indivíduo é mais suscetível ao acometimento de doenças crônicas (Amaral et al., 2019), com maior impacto em órgãos vitais como o rim (Cabrera & Escalona, 2019).

A prevalência de pacientes do sexo masculino em diálise, sugere uma ligação com os aspectos culturais do homem, relacionados às diferenças nos padrões de comportamento de risco e proteção entre a sensibilização para o entendimento da suas fragilidades e responsabilização com os aspectos relacionados a própria saúde (Balbino et al., 2020).

Em relação ao tempo de tratamento, os dados apontam o início do tratamento a menos de um ano. Um estudo realizado em um hospital escola de Goiás encontrou resultado semelhante, o que ressalta um período de adaptação da terapia e demanda de maior tempo da enfermagem em relação aos procedimentos técnicos e suporte psicológico (Oliveira et al., 2016).

Os pacientes deste estudo foram categorizados pelo CUDYR DIAL, em 51,9% dos casos, como de alto risco e com autossuficiência parcial. Os dados encontrados se assemelham a um estudo realizado no Rio Grande do Sul, que observou como classificação prevalente a autossuficiência parcial com risco alto, seguida por autossuficiência com risco médio e dependência parcial com risco alto (Kapitansky & Figueiredo, 2018). Embora outra pesquisa tenha evidenciado a maioria dos pacientes autossuficientes parciais e com risco médio (Araújo et al., 2020). Estudo realizado no Chile para a criação deste instrumento, encontrou um risco médio e autossuficiência parcial (Arechabala-mantuliz et al., 2014).

Assim, pode-se afirmar, a partir dos resultados dos estudos supracitados, que nas últimas três décadas os pacientes submetidos à HD apresentam maior incapacidade, comorbidades e dificuldades para um bom acesso vascular, ao passo que as atividades assistenciais se configuram como mais complexas e de maiores riscos (Arechabala-mantuliz et al., 2014).

Em relação ao risco, o instrumento CUDYR DIAL permite avaliar características peculiares dos cuidados específicos de enfermagem destinados ao paciente submetido à HD. No presente estudo, a maioria foi classificada como de alto risco, o que evidencia a necessidade de um monitoramento sistemático, regular e rigoroso para prevenir complicações que podem,

inclusive, levar o paciente a óbito.

Deste modo, se constituem medidas assistenciais efetivas para a prevenção de riscos: pesar o paciente antes e depois da HD; monitorar as vias de acesso para HD quanto aos sinais flogísticos e sangramento; adotar medidas para controle de infecções; proporcionar suporte emocional; avaliar a dor; e, administrar analgésicos e demais medicações prescritas. Além disso, a literatura ressalta a importância do profissional investigar queixas do paciente referente à sessão anterior de HD (Freitas & Mendonça, 2016).

Portanto, uma prestação do cuidado efetiva começa desde a recepção do paciente na unidade, com a avaliação do aspecto geral antes da sessão de HD, monitoramento dos sinais vitais e conversa com o indivíduo sobre sintomas referidos, e, ao término da sessão, reavaliação dos sinais vitais, peso, e possíveis queixas. Além disso, durante a terapia, os sinais vitais devem ser verificados a cada 30 minutos em pacientes estáveis e a cada 15 minutos, ou menos, em pacientes graves (Rocha et al., 2017).

Fatores como o uso de cateteres centrais e punções de fístula arteriovenosas tornam o paciente vulnerável a infecções. Assim, é recomendado que a equipe utilize técnicas asséptica para punção, bem como tenha cuidado ao manusear máquina de HD, além de avaliar a taxa de filtração, exames laboratoriais, trocas de curativo e manifestações clínicas que o indivíduo apresente (Freitas & Mendonça, 2016).

Em relação à dependência dos cuidados de enfermagem, verificou-se neste estudo que os pacientes, em sua maioria, requeriam cuidados básicos durante a sessão de HD e não necessitavam de ajuda. No entanto, cabe ressaltar que 88,9% dos clientes necessitavam de apoio psicossocial e emocional, através de conversas e escuta qualificada durante a sessão. Esta condição evidencia, conforme observado em outra pesquisa, que existem competências da equipe de enfermagem de nefrologia no âmbito da educação e suporte ao paciente, para a diminuição do sofrimento e aumento da adesão ao tratamento (Ribeiro & Sombra, 2017).

Outro dado que merece destaque, é que 51,9% dos pacientes procuram pelo serviço de saúde, além dos dias específicos de HD, pelo menos 5 dias no mês; e 48,1% necessitam de mais de 5 dias por mês. Isto demonstra haver uma dependência da instituição hospitalar provedora da saúde e dos profissionais ali alocados para satisfazer as necessidades dos clientes. Estudo realizado em quatro clínicas de Curitiba encontrou uma média de 3,01 dias por mês de idas ao hospital além do dia de realização de HD e relacionou estas hospitalizações a uma redução da qualidade de vida (Oliveira et al., 2016).

Portanto, categorizar o risco e dependência dos pacientes submetidos a HD se torna premente para o dimensionamento de pessoal. Vale ressaltar que, instituições de saúde, em especial as hospitalares, buscam modernizar as ações gerenciais para aplicá-las em seu processo de trabalho com o intuito de atingir melhores resultados; principalmente no serviço de enfermagem que representa a maior categoria de recursos humanos ligados à assistência hospitalar (Figueiredo et al., 2016).

Além disso, um sistema de classificação se constitui em elemento chave para suprir as necessidades dos usuários, referente a recursos humanos, materiais e à dinâmica de atenção e custos conforme as características particulares dos pacientes (Arechabala-mantuliz et al., 2014).

5. Conclusão

O presente estudo permitiu caracterizar o risco e grau de dependência dos pacientes em HD. Assim, evidenciou-se que estes pacientes demandam assistência de enfermagem complexa e com riscos substanciais. Além disso, aponta para a importância da assistência de enfermagem aos indivíduos em tratamento dialítico e aos seus familiares, tanto na promoção do cuidado, quanto no suporte emocional para o enfrentamento das dificuldades advindas da terapia. Portanto, a utilização do instrumento CUDYR-DIAL demonstrou ser uma importante ferramenta, tanto para o ensino, quanto para a pesquisa e gestão hospitalar para o adequado gerenciamento do cuidado.

Em relação a enfermagem, a caracterização dos cuidados disponibilizados ao doente renal crônico, permite adequar o dimensionamento de pessoal, de modo a promover uma assistência de enfermagem segura, eficaz e de qualidade.

Este estudo é inovador no Brasil, pois compõe o quadro dos primeiros estudos que categoriza pacientes renais em tratamento dialítico. Assim, sugere-se a realização de novos estudos referentes a este construto para um efetivo diagnóstico situacional dos pacientes submetidos a HD no Brasil e redução de complicações advindas desta terapia. Um fator limitador foi a escassez de pesquisas com a utilização do instrumento CUDYR- DIAL para comparação dos dados sobre o grau de risco e dependência.

Referências

- Amaral, T. L. M., Amaral, C. A., Vasconcellos, M. T. L., & Monteiro, G. T. R. (2019). Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em idosos. *Rev Saude Publica*, 53(44), 1–11. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000727>.
- Andrade, A. S., Lima, J. S., Inagaki, A. D. de M., Ribeiro, C. J. N., Modesto, L. de J. B., Larré, M. C., & Abud, A. C. (2021). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Enferm. Foco*, 12(1), 20–25. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005600015>.
- Araújo, L., Calegari, A., Oliveira, T., Costa, V., Driwoske, E., Flores, D., Poli, I., Raimundo, M., Menezes, A., Thome, G., Filho, J. C., Thome, G., Thome, F., & Barros, E. (2020). Perfil dos pacientes em hemodiálise conforme o instrumento de risco e dependência cudyr dial. *XXX Congresso Brasileiro de Nefrologia*. <https://ccm.iweventos.com.br/trabalhos/nefro2020/apresentacao/pesquisa/41/2>.
- Arachabala-mantuliz, M. C., Barrios-arama, S. C., & Catoni-salamanca, M. I. (2014). Validación de un instrumento de medición de cuidados según dependencia y riesgo en pacientes en terapia de hemodiálisis crónica. *Aquichan.*, 14, 473–484. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.3>.
- Balbino, C. M., Silvino, Z. R., Santos, J. S. dos, Joaquim, F. L., Souza, C. J. de, Santos, L. M. dos, & Izu, M. (2020). Os motivos que impedem a adesão masculina aos programas de atenção à saúde do homem. *Research, Society and Development*, 9(7), e389974230. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4230>.
- Bikbov, B., Perico, N., & Remuzzi, G. (2018). Disparities in Chronic Kidney Disease Prevalence among Males and Females in 195 Countries: Analysis of the Global Burden of Disease 2016 Study. *Nephron*, 139(4), 313–318. <https://doi.org/10.1159/000489897>.
- Cabrera, J. A. C., & Escalona, E. F. (2019). Enfermedad renal crónica presuntiva em adultos mayores. *Rev.Colomb.Nefrol.*, 6(2), 138–151. <https://doi.org/10.22265/acnef.6.2.352>.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2017). Resolução COFEN N° 543/2017, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html.
- Crews, D. C., Bello, A. K., & Saadi, G. (2019). 2019 World Kidney Day Editorial - burden, access, and disparities in kidney disease. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0224>.
- Figueiredo, A. E. P. L., Rocha, K., Araya, S. B., Catoni, M. I., Schilling, M. C. L., & Urbanetto, J. de S. (2016). Translation and adaptation to Portuguese of the haemodialysis patient assessment tool - CUDYR-DIAL. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37(1), e56244. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.56244>.
- Freitas, R. L. da S., & Mendonça, A. E. O. (2016). Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. *Carpe Diem: Revista Cultural e Científica Do UNIFACEX*, 14(2), 22–35. <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/678>.
- Kapitansky, J. F., & Figueiredo, A. E. (2018). Avaliação dos pacientes em hemodiálise pelo escore cudyr-dial. *Escola de Ciências da Saúde PUCRS*, 30. <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/1583/assets/edicoes/2018/arquivos/103.pdf>
- KDIGO. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *IFAC Proceedings Volumes*, 3(1), 1–163. <https://doi.org/10.3182/20140824-6-za-1003.01333>.
- Neves, P. D. M. de M., Sesso, Ri. de C. C., Thomé, F. S., Lugon, J. R., & Nascimento, M. M. (2020). Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 42(2), 191–200. <https://doi.org/2175-8239-JBN-2019-0234>.
- Oliveira, A. P. B., Schmidt, D. B., Amatneeks, T. M., Santos, J. C., Cavallet, L. H. R., & Michel, R. B. (2016). Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. *J Bras Nefrol*, 38(4), 411–420. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20160066>.
- Rao, I., Vallath, N., Anupama, Y., Gupta, K., & Rao, K. (2021). Decision-making around commencing dialysis. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(5), S6–S10. https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_61_21.
- Reddenna, L., Basha, S. A., & Reddy, K. S. K. (2014). Dialysis Treatment : A Comprehensive Description. *International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences*, 3(1), 1–13. <https://ijpras.com/storage/models/article/H1PU7jpHW1WMtxyZEGvKW909Wqn54JvD2ouCW01tVZ0KxtbN3B9Z2RR6gVK3/dialysis-treatment-a-comprehensive-description.pdf>.
- Ribeiro, S. R. A., & Sombra, I. C. D. N. (2017). O Papel Da Enfermagem Na Assistência Ao Paciente em Tratamento Hemodialítico. *Retep*, 9(3), 2238–2244. <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/02/O-PAPEL-DA-ENFERMAGEM-NA-ASSISTÊNCIA-AO-PACIENTE-EM-TRATAMENTO-HEMODIALÍTICO.pdf>.

Rocha, M. T. F. B., Oliveira, C. M., Fecury, A. A., Dendasck, C. V., Dias, C. A. G. D. M., & Oliveira, E. (2017). O Papel da Enfermagem na Sessão de Hemodiálise. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 11(2), 39–52. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/hemodialise>.

Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344–349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>.