



Associação entre características sociodemográficas e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise

Association between sociodemographic characteristics and quality of life of chronic renal patients on hemodialysis

Asociación entre características sociodemográficas y calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis

Christielle Lidianne Alencar Marinho¹, Jeany Freire de Oliveira², Jéssica Eidler da Silva Borges³, Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes⁴, Rudval Souza da Silva⁵

Histórico

Recibido:

02 de octubre de 2017

Aceptado:

04 de diciembre de 2017

1 Mestre em Hebiatria; Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, BA, Brasil. Autor de Correspondência. E-mail:

christiellealencar@yahoo.com.br

2 Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, BA, Brasil.

3 Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, BA, Brasil.

4 Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Professora Assistente da Universidade de Pernambuco. Petrolina, PE, Brasil.

5 Doutor em Enfermagem; Professor Adjunto da Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, BA, Brasil.

Resumo

Introdução: A doença renal crônica provoca diversas mudanças na vida do indivíduo que afetam a qualidade de vida, cuja análise contribui para a elaboração de intervenções em busca de melhorias. O objetivo do estudo foi associar os domínios de qualidade de vida com as características sociodemográficas de pacientes renais crônicos. **Materiais e Métodos:** Estudo quantitativo, transversal, realizado com 105 participantes. Foram realizadas associações entre as variáveis sociodemográficas e o instrumento *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF™ 1.3), com aplicação de testes estatísticos. **Resultados:** 57,1% eram homens, 69,5% tinham até 59 anos de idade e 88,6% não exerciam atividade laboral. Foram encontradas médias mais altas de qualidade de vida para o sexo masculino. Os adultos apresentaram maior qualidade de vida em Funcionamento físico (62,9), comparado aos idosos (59,0). Os participantes que possuíam ocupação também apresentaram médias significativamente ($p < 0,05$) mais altas em seis domínios do instrumento. **Discussão:** Características semelhantes também foram relatadas por outros estudos realizados em diversas localidades do Brasil e também em países como Chile e Arábia Saudita. O trabalho remunerado foi destacado como um fator que influencia positivamente na qualidade de vida. **Conclusões:** A utilização de instrumentos capazes de mensurar a qualidade de vida é bastante útil, sendo o KDQOL-SF™ 1.3 uma ferramenta de fácil acesso e baixo custo que permite o conhecimento pela equipe de enfermagem dos déficits de qualidade de vida, facilitando assim, sua intervenção em busca de melhorias para estes pacientes.

Palavras chave: Cuidados de Enfermagem; Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal; Qualidade de Vida.

Abstract

Introduction: Chronic kidney disease causes several changes in a person's life that affect quality of life, whose analysis contributes to the development of interventions in search of improvement. The aim of this study was to associate the domains of quality of life with the sociodemographic characteristics of chronic renal patients. **Materials and Methods:** Quantitative, cross-sectional study conducted with 105 participants. Associations were made between sociodemographic variables and the instrument *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF™ 1.3), with application of statistical tests. **Results:** Of the participants, 57.1% were men, 69.5% were up to 59 years of age, and 88.6% did not work. Higher quality of life averages were found for males. Adults had higher quality of life in physical functioning (62.9), compared to the elderly (59.0). Participants who worked also had significantly higher ($p < 0.05$) means in six domains of the instrument. **Discussion:** Similar characteristics were also reported by other studies conducted in several locations in Brazil and in countries, like Chile and Saudi Arabia. Gainful employment was highlighted as a factor that positively influences on the quality of life. **Conclusions:** The use of instruments capable of measuring quality of life is quite useful, with the KDQOL-SF™ 1.3 being a low-cost and easily accessed tool that allows the nursing staff to know the quality of life deficits, thus, facilitating their intervention in search of improvements for these patients.

Key words: Nursing Care; Chronic Renal Insufficiency; Renal Dialysis; Quality of Life.

Resumen

Introducción: La enfermedad renal crónica provoca diversos cambios en la vida del individuo que afectan la calidad de vida, cuyo análisis contribuye a la elaboración de intervenciones en busca de mejoras. El objetivo del estudio fue asociar los dominios de la calidad de vida con las características sociodemográficas de pacientes renales crónicos. **Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, realizado con 105 participantes. Se realizaron asociaciones entre las variables sociodemográficas y el instrumento *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF™ 1.3), con aplicación de pruebas estadísticas. **Resultados:** 57.1% eran hombres, 69.5% tenían hasta 59 años de edad y 88.6% no ejercían actividad laboral. Se encontraron promedios más altos de calidad de vida para el sexo masculino. Los adultos presentaron mayor calidad de vida en Funcionamiento físico (62.9), comparado a los adultos mayores (59.0). Los participantes que poseían ocupación también presentaron promedios significativamente ($p < 0.05$) más altos en seis dominios del instrumento. **Discussión:** Características similares también fueron relatadas por otros estudios realizados en diversas localidades de Brasil y también en países como Chile y Arabia Saudita. El trabajo remunerado fue destacado como un factor que influye positivamente en la calidad de vida. **Conclusiones:** La utilización de instrumentos capaces de medir la calidad de vida es muy útil, siendo el KDQOL-SF™ 1.3 una herramienta de fácil acceso y bajo costo que permite el conocimiento por el equipo de enfermería de los déficits de calidad de vida, facilitando así, su intervención en busca de mejoras para estos pacientes.

Palabras clave: Cuidados de Enfermería; Insuficiencia Renal Crónica; Diálisis Renal; Calidad de Vida.

Como citar este artigo: Marinho CLA, Oliveira JF, Borges JES, Fernandes FECV, Silva RS. Associação entre características sociodemográficas e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. Rev Cuid. 2018; 9(1): 2017-29. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.483>



©2018 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é um problema de saúde pública devido ao aumento de sua incidência e prevalência na população mundial, e do significativo impacto na morbimortalidade dos indivíduos acometidos. As limitações físicas, sociais e emocionais possuem grande interferência na Qualidade de Vida (QV) das pessoas, sendo a DRC responsável por altos custos para o sistema de saúde todos os anos¹.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número total estimado de pacientes no país em julho de 2016 era de 122.825, o que corresponde a um crescimento de 31,5 mil pacientes nos últimos cinco anos, com aumento médio anual de 6,3%. Em alguns países da Europa e nos Estados Unidos, tem se percebido uma taxa de incidência com crescimento discreto. Nos EUA, nos anos de 2008 a 2013, a taxa de prevalência da doença teve aumento em torno de 3%².

Quando a doença chega ao seu estado terminal, torna-se necessário realizar a Terapia Renal Substitutiva (TRS) por meio das modalidades Hemodiálise, Diálise Peritoneal ou Transplante Renal. A hemodiálise é um processo mecânico e extracorpóreo que promove a filtração sanguínea por meio de um capilar, o qual é responsável por retirar os produtos de degradação do metabolismo e os líquidos em excesso. Este procedimento é realizado geralmente em três sessões por semana com duração de quatro horas cada. Os pacientes que realizam esse tratamento devem ingerir medicamentos e seguir dietas, restringindo a quantidade de líquido ingerido^{3,4}.

Os pacientes que realizam a hemodiálise ficam dependentes da máquina 12 horas por semana e destinam um longo tempo a esse tratamento que prolonga a vida, mas não controla totalmente as alterações do curso natural da doença, produzindo resultados inconstantes e limitações no cotidiano, cujas consequências, comprometem os aspectos físico e psicológico e a qualidade de vida^{5,6}. A QV envolve a percepção que o indivíduo possui de sua própria vida a partir de aspectos culturais e compreende uma ampla gama de conceitos como boa saúde, moradia adequada, emprego, segurança, educação e lazer, bem como o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e valores existenciais^{7,8}. Para mensurá-la em pessoas com DRC foi desenvolvido um instrumento específico, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico: o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOL-SF™ 1.3), o qual já foi validado no Brasil⁹.

Devido às diversas mudanças provocadas pela DRC nas atividades diárias do indivíduo, no convívio com a família e amigos e nos hábitos de vida, como também as restrições físicas, o nível de qualidade de vida pode sofrer influência decorrente de modificações nos aspectos sociais e demográficos. O avançar da idade ocasiona maior comprometimento em aspectos físicos e funcionais; já os aspectos emocionais podem ser comprometidos quanto maior for o tempo de tratamento dialítico e menor a escolaridade. Além disso, a qualidade de vida pode correlacionar-se negativamente com funções psicológicas e emocionais em mulheres^{10,11}.

A análise dos níveis de qualidade de vida dos portadores de DRC contribui para que intervenções possam ser elaboradas e aplicadas em prol desses pacientes que terão que conviver com a doença o resto das suas vidas já que a mesma não possui cura. Assim, o estudo tem como objetivo associar os domínios de qualidade de vida com as características sociodemográficas de pacientes renais crônicos em hemodiálise, a partir do Instrumento KDQOL-SF™ 1.3.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizado entre os meses de novembro e dezembro de 2015 numa Clínica de Hemodiálise numa cidade que integra o Território de Identidade do Piemonte Norte do Itapicuru, interior da Bahia, Brasil. O serviço oferece tanto a hemodiálise quanto a diálise peritoneal, possuindo 198 pacientes em tratamento hemodialítico, além dos pacientes em diálise peritoneal. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB sob o parecer 1.231.745/2015.

Com base total de 198 pacientes em hemodiálise, foi realizado o cálculo amostral, o que denominou uma amostra de 110 pacientes, os quais foram selecionados utilizando o método aleatório simples através de sorteio realizado no site *random.org*. A amostra foi constituída por pacientes a partir dos seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico de insuficiência renal crônica; ser cadastrado no programa de hemodiálise e realizar o tratamento três vezes na semana; estar em tratamento a mais de três meses. E como critérios de exclusão: idade inferior

a 18 anos; pacientes com deficiência mental; incapacidade de comunicação ou dificuldade em responder ao questionário.

Para todos os entrevistados foi esclarecido sobre o objetivo do estudo, realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após os devidos esclarecimentos das dúvidas, os participantes que aceitaram colaborar com o estudo assinaram o TCLE. Houve a recusa por parte de cinco pacientes, desse modo a amostra estudada consistiu em 105 participantes.

As entrevistas foram desenvolvidas no espaço onde ocorrem as sessões de hemodiálise, estando os participantes devidamente acomodados e em uso das respectivas máquinas. Para a coleta dos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos dos pacientes, foi utilizado um questionário contendo as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, anos de estudo, renda, trabalho e tempo de tratamento de hemodiálise.

Já a QV foi avaliada através do instrumento KDQOL-SF™ 1.3, específico para avaliar a QV do doente renal crônico⁷. O KDQOL-SF™ é um instrumento que inclui, como medida genérica de avaliação da saúde geral do indivíduo, o Item *Short-Form Health Survey* (SF-36), composto por oito domínios: funcionamento físico, função física, função emocional, função social, bem-estar emocional, dor, energia e fadiga e saúde geral; estes compõem o SF-12 componente físico e o SF-12 componente mental. É uma escala multi-itens com onze dimensões específicas para pessoas com DRC terminal em diálise, que inclui: sintomas/problemas físicos,

efeitos da doença renal em sua vida diária, sobrecarga imposta pela doença renal, situação de trabalho, função cognitiva, qualidade das interações sociais, função sexual, sono, suporte social, incentivo por parte da equipe de diálise e a satisfação do paciente.

As respostas do KDQOL-SF™ 1.3 foram transportadas para um programa de análise produzido e disponibilizado pelo *Working Group*, através de planilhas do Microsoft Office Excel® onde foram calculadas medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão).

As médias dos 19 domínios foram calculadas por meio de média aritmética; apenas os valores dos itens componente SF-12 físico e componente SF-12 mental derivam de média ponderada¹². O componente físico é determinado principalmente pelas dimensões funcionamento físico e função física, mas também por dor, saúde geral e energia e fadiga. Para a pontuação do componente mental a dimensão Função emocional tem maior peso, seguido em ordem decrescente por Bem-estar emocional, Função social, Energia/fadiga e Saúde Geral.

Os valores das médias de todos os domínios e dos dois componentes variam entre 0 e 100, sendo que, os que possuem maior número indicam maior qualidade de vida às pessoas com doença renal crônica e em hemodiálise.

A aplicação de testes estatísticos visando comparação e correlação entre valores ocorreu através do software STATA versão 12.0. Utilizou-se o teste de consistência interna Alfa de Cronbach (α) para testar a confiabilidade do instrumento. A fim de testar o tipo de distribuição (assimétrica ou não assimétrica) das variáveis foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. Baseado nesta distribuição, para a análise bivariada dos dados foram utilizados os testes de Wilcoxon-Mann-Whitney e T de Student e para a análise de correlação foi utilizado o teste de Correlação de Spearman. O intervalo de confiança foi estabelecido em 95% e o valor de p sendo significativo abaixo de 0,05 para todos os testes.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Dos entrevistados, 57,1% eram do sexo masculino, 69,5% tinham até 59 anos de idade, 46,7% eram casados e 88,6% não exerciam atividade laboral (Tabela 1).

Observou-se que a maioria dos participantes recebiam até um salário mínimo (83,8%) e quanto à escolaridade, 80% tinham até 08 anos de estudo. Foi possível evidenciar que o tempo de hemodiálise variou entre três meses e cinco anos e maior parte dos pacientes possuíam de 1 a 5 anos de tratamento (57,1%).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes renais crônicos em hemodiálise

Variáveis	n = 105	
	N	%
Sexo		
Feminino	45	42,9
Masculino	60	57,1
Faixa etária		
Adulto (18-59 anos)	73	69,5
Idoso (60 anos ou mais)	32	30,5
Estado Civil		
Casado	49	46,7
Solteiro	40	38,1
Viúvo	4	3,8
Divorciado	12	11,4
Anos de Estudo		
Menos de 08 anos	84	80
Mais de 08 anos	21	20,0
Renda		
Até 1 Salário mínimo	88	83,8
2-4 Salários mínimo	14	13,3
5+ Salários mínimo	1	1,0
Sem renda	2	1,9
Trabalho		
Sim	12	11,4
Não	93	88,6
Tempo de Hemodiálise		
3 a 6 meses	1	1,0
7 a 12 meses	6	5,7
1 a 5 anos	60	57,1
mais de 5 anos	38	36,2

Em relação à QV, a consistência interna do Instrumento KDQOL-SF™ 1.3 foi testada através do coeficiente alfa de Cronbach, sendo encontrado o valor de 0,89, o que indica confiabilidade do instrumento para esta amostra. A Tabela 2, apresenta a média, mediana, desvio-padrão e intervalo de confiança (95%) dos

domínios contemplados pelo instrumento, tanto os gerais, quanto os específicos. Foi possível evidenciar que as dimensões mais afetadas estão relacionadas a situação de trabalho e função física, com médias de 14,8 e 43,1 respectivamente. Os domínios com maiores médias foram: Dor (75,6), Função Social (75,4), Função Cognitiva (86,4), e Função Sexual (86,6).

Tabela 2. Domínios KDQOL-SF™ 1.3 dos pacientes renais crônicos em hemodiálise

Domínios	Média (DP)	Mediana	IC95%
Geral			
Funcionamento físico	59(27,7)	60	53,6-64,3
Função Física	43,1(39,1)	50	35,5-50,7
Dor	75,6(31,1)	100	69,6-81,6
Saúde Geral	53,9(18,1)	55	50,4-57,4
Bem-estar emocional	69,1(17,6)	76	65,6-72,5
Função Emocional	63,5(45,2)	100	54,7-72,2
Função Social	75,4(24,1)	75	70,7-80,0
Energia/Fadiga	67,1(18,5)	70	63,5-70,7
Específicos			
Lista de sintomas/problemas	82,9(12,0)	85,42	80,6-85,2
Efeitos da doença renal	76,1(18,5)	81,25	72,5-79,7
Carga da doença renal	48,4(28,2)	50	42,9-53,8
Situação de trabalho	14,8(28,5)	0	9,2-20,3
Função cognitiva	86,4(18,0)	93,33	82,9-89,9
Qualidade da interação social	80,5(16,9)	80	77,2-83,8
Função Sexual	86,6(21,9)	100	80,5-92,6
Sono	69,0(24,0)	75	64,3-73,6
Suporte Social	77,6(32,4)	100	71,3-83,9
Incentivo da equipe de diálise	78,1(22,9)	75	73,7-82,5
Satisfação do paciente	65,2(21,4)	66,67	61,1-69,4

Através do teste Shapiro-Wilk foram determinados os domínios que apresentaram distribuição não assimétrica: carga da doença renal, funcionamento físico, função emocional e SF12 - componente físico; e os domínios que apresentaram distribuição assimétrica: lista de sintomas e problemas, efeitos da doença renal, situação de trabalho, função cognitiva, qualidade da interação social, função sexual, sono, suporte social, incentivo da equipe de diálise, satisfação do paciente, função física, dor, saúde geral, bem-

estar emocional, função social, energia e fadiga e SF12 - componente mental.

A análise comparativa entre as variáveis sociodemográficas e os domínios do KDQOL-SF™ 1.3 está disposta nas Tabelas 3 e 4. Foram encontradas diferenças significativas entre as médias de qualidade de vida para cada sexo, sendo que os valores maiores são do sexo masculino tanto no domínio bem-estar emocional quanto no SF-12 componente mental (Tabela 3).

Com relação à idade, os adultos apresentaram uma maior média no domínio funcionamento físico, sendo significativa a diferença. E quanto aos anos de estudo, não houve nenhuma diferença significativa na comparação entre os valores para essa variável.

Tabela 3. Associação entre KDQOL-SF™ 1.3, sexo e idade

Domínios KDQOL-SF™ 1.3	Sexo			Idade		
	Feminino	Masculino	p-valor	Adulto	Idoso	p-valor
Lista de sintomas e problemas	81,4	84,0	0.2786*	83,4	81,6	0,6403*
Efeitos da doença renal	75,8	76,4	0.6661*	75,0	78,6	0,3682*
Carga da doença renal	52,2	45,5	0.2296**	50,8	43,0	0,193**
Situação de trabalho	10,0	18,3	0.1794*	17,1	9,4	0,1895*
Função cognitiva	83,6	88,6	0.3499*	88,0	82,7	0,1451*
Qualidade da interação social	81,0	80,1	0.560*	79,5	82,7	0,4745*
Função sexual	81,8	89,9	0.4665*	87,5	83,3	0,2672*
Sono	64,8	72,1	0.1236*	68,4	70,4	0,686*
Suporte social	76,3	78,6	0.2841*	79,9	72,4	0,5084*
Incentivo da equipe de diálise	78,1	78,1	0.9787*	78,8	76,6	0,7274*
Satisfação do paciente	68,5	62,8	0.2592*	66,4	62,5	0,3706*
Funcionamento físico	59,0	59,0	1.000**	62,9	50,2	0,0295**
Função física	41,1	44,6	0.628*	42,1	45,3	0,5925*
Dor	71,7	78,6	0.3487*	73,9	79,6	0,2525*
Saúde geral	52,9	54,7	0.4881*	53,4	55,2	0,8446*
Bem-estar emocional	64,6	72,4	0.0259*	67,2	73,3	0,0963*
Função emocional	54,1	70,6	0.064**	62,1	66,7	0,6358**
Função social	72,2	77,7	0.1692*	76,4	73,0	0,4184*
Energia e fadiga	66,0	67,9	0.6047*	68,2	64,7	0,6873*
SF12 - Componente físico	40,5	40,6	0.9639**	41,1	39,2	0,3992**
SF12 - Componente mental	46,4	51,4	0.0141*	48,8	50,4	0,4863*
* Mann – Whitney						
**Teste t de Student						

Analisando-se a qualidade de vida entre os participantes que trabalham e os que não trabalham, foram identificadas diferenças significativas nos domínios: lista de sintomas e problemas, situação de trabalho, funcionamento físico, saúde geral, energia e fadiga e SF-

12 componente físico. Em todos estes, os maior média de qualidade de vida (Tabela 4).
participantes que possuem trabalho apresentaram

Tabela 4. Associação entre KDQOL-SF™ 1.3, anos de estudo e trabalho

Domínios KDQOL-SF™ 1.3	Anos de estudo			Trabalho		
	< 8 anos	> 8 anos	p-valor	Sim	Não	p-valor
Lista de sintomas e problemas	81,9	86,7	0,1262*	90,5	81,9	0.0107*
Efeitos da doença renal	76,8	73,4	0,4675*	81,0	75,5	0.5315*
Carga da doença renal	46,7	55,4	0,2070**	55,2	47,5	0.3759**
Situação de trabalho	14,3	16,7	0,9141*	66,7	8,1	<0.0001*
Função cognitiva	85,8	88,9	0,3937*	93,3	85,5	0.0872*
Qualidade da interação social	81,4	76,8	0,3877*	81,7	80,4	0.9673*
Função sexual	86,6	86,1	0,6529*	89,1	86,1	0.9765*
Sono	67,4	75,2	0,2530*	74,4	68,3	0.5930*
Suporte social	75,2	87,3	0,3117*	86,1	76,5	0.3560*
Incentivo da equipe de diálise	76,3	85,1	0,1270*	75,0	78,5	0.3768*
Satisfação do paciente	63,7	71,4	0,0917*	73,6	64,2	0.1679*
Funcionamento físico	57,0	66,9	0,1443**	80,8	56,2	0.0033**
Função física	42,3	46,4	0,8041*	56,3	41,4	0.2340*
Dor	76,6	71,8	0,4922*	87,3	74,1	0.2221*
Saúde geral	53,3	56,2	0,5404*	64,6	52,5	0.0181*
Bem-estar emocional	69,3	68,2	0,6117*	74,3	68,4	0.6089*
Função emocional	63,9	61,9	0,8582**	83,3	60,9	0.1063**
Função social	73,4	83,3	0,0575*	78,1	75,0	0.6925*
Energia e fadiga	66,1	71,2	0,3843*	77,5	65,8	0.0343*
SF12 - Componente físico	40,1	42,0	0,4457**	47,7	39,6	0.0081**
SF12 - Componente mental	49,2	49,4	0.8225*	51,6	49,0	0,3412*
* Mann – Whitney						
**Teste t de Student						

Para o tempo de hemodiálise e a renda foi realizado o teste de Correlação de Spearman, apresentando como significativo apenas o valor de $r = -0.3664$ entre função sexual e tempo de hemodiálise. Esse

valor indica uma proporcionalidade inversa, ou seja, quanto maior o tempo de hemodiálise menor a qualidade de vida para o domínio analisado (Tabela 5).

Tabela 5. Correlação entre renda, tempo de dialise e domínios do KDQOL-SF™ 1.3

Domínios KDQOL-SF™ 1.3	Tempo de Hemodiálise		Renda	
	r	p-valor	r	p-valor
Lista de sintomas e problemas	-0.0209	0.8328	0.0154	0.8758
Efeitos da doença renal	0.0574	0.5605	0.0072	0.9416
Carga da doença renal	-0.0512	0.6040	0.0684	0.4880
Situação de trabalho	-0.0700	0.4782	0.1117	0.2565
Função cognitiva	0.0946	0.3372	0.1279	0.1936
Qualidade da interação social	0.0460	0.6411	0.1092	0.2676
Função sexual	-0.3664	0.0070	0.1512	0.2799
Sono	-0.0521	0.5977	0.1089	0.2687
Suporte social	-0.1665	0.0896	-0.0435	0.6596
Incentivo da equipe de diálise	-0.0909	0.3566	0.1850	0.0589
Satisfação do paciente	-0.0839	0.3950	0.0987	0.3166
Funcionamento físico	-0.0132	0.8934	0.0886	0.3685
Função física	0.0743	0.4514	0.1450	0.1399
Dor	0.0237	0.8100	0.0844	0.3920
Saúde geral	-0.0192	0.8457	0.1432	0.1451
Bem-estar emocional	0.1414	0.1501	-0.0358	0.7168
Função emocional	0.1372	0.1628	0.1452	0.1393
Função social	0.0891	0.3659	-0.0191	0.8464
Energia e fadiga	0.0384	0.6973	-0.0400	0.6851
SF12 - Componente físico	-0.0751	0.4463	0.1247	0.2050
SF12 - Componente mental	0.1687	0.0854	-0.0036	0.9709

DISCUSSÃO

O perfil da amostra é formado predominantemente por homens, adultos, casados, com menos de oito anos de estudo e que não exerciam nenhuma atividade laboral. Características semelhantes foram relatadas por estudos realizados em diversas localidades do Brasil e também em outros países como Chile, Arábia Saudita e México^{6,11,13-21}.

Os resultados obtidos nesse estudo com relação aos escores de qualidade de vida do KDQOL-SF™ 1.3 também apresentaram concordância com a literatura^{6,12-14,18,22}. Os domínios com maior pontuação foram função sexual e função cognitiva e os domínios que apresentaram as pontuações mais baixas foram situação de trabalho e função física.

Em relação às diferenças de escores entre os sexos, os homens apresentaram uma maior qualidade de vida em comparação às mulheres no domínio bem-estar emocional e no SF-12 componente mental. Estudos referem uma maior tendência do sexo feminino a possuir níveis mais comprometidos de QV devido a determinantes clínicos, psicológicos e sociais, como propensão a anemia, ansiedade e depressão^{11,15-17}.

O papel ocupado culturalmente pelas mulheres na dinâmica familiar também é um fator determinante, pois há a responsabilidade de cuidar da casa e da família e as limitações impostas pela doença e tratamento podem impossibilitar a realização dessa função, o que acarreta em prejuízos emocionais e problemas psicológicos⁶. Também pode-se considerar que muitas mulheres não deixam de exercer suas ocupações tradicionais, o que pode favorecer a sobrecarga com uma maior carga de estresse físico e mental e conseqüentemente, diminuição da qualidade de vida^{11,16,17}.

Além disso, a mulher realiza comumente o papel de cuidadora no seio familiar e diante do seu adoecimento, muitas vezes não possui suporte social pois nem sempre os demais membros da família conseguem se reorganizar e assumir essa função de apoio¹⁶.

Com relação à idade, os adultos apresentaram maior QV no domínio funcionamento físico em comparação com os idosos, sendo significativa a diferença ($p= 0,0295$). Um estudo realizado com 101 pacientes em hemodiálise da cidade de São Carlos – SP, verificou através de análise

de regressão logística uma proporção inversa entre idade e esse domínio, sendo que o risco de prejuízo na QV aumentava quanto maior era a idade²³.

A idade avançada exerce influência relevante na percepção de qualidade de vida e indivíduos mais velhos constituem um grupo vulnerável à degeneração das condições físicas e funcionais¹⁵. O idoso em hemodiálise pode possuir um número grande de comorbidades, maior necessidade de hospitalização, fazer uso de muitos medicamentos e apresentar com maior frequência complicações durante as sessões de hemodiálise. Com a progressão da doença pode apresentar dificuldades físicas e comprometimento da autonomia, afetando os níveis de vitalidade e QV^{6,16}.

Um aspecto relevante desse estudo diz respeito à qualidade de vida significativamente maior dos indivíduos que possuem algum trabalho remunerado, verificada em cinco domínios e no SF-12 componente físico. Esses resultados mostram um problema relacionado à vida profissional prejudicada, pois apenas 11,4% dos pacientes realizam atividades remuneradas e apresentaram uma diferença exorbitante nos escores do domínio “situação de trabalho” em comparação com o outro grupo.

Isso pode ser explicado através da dificuldade que as pessoas em terapia hemodialítica possuem em estabelecer e/ou manter um vínculo de trabalho por conta do tempo dedicado ao tratamento e a rotina imposta pelo mesmo, assim como a redução do desempenho físico e presença

de sintomas como indisposição, fraqueza e mal-estar geral que interferem nas atividades diárias e profissionais^{6,11,12,18}. O desemprego somado às limitações físicas contribui à carga atribuída à doença renal, afetando também o lado psicoemocional e a interação social, principalmente se o paciente assume um papel de principal provedor da família ou chefe do lar¹⁵.

Nesse ínterim, mesmo aumentando a sobrevivência do renal crônico, a hemodiálise causa diversas alterações no dia a dia dessas pessoas, favorecendo um comprometimento social, físico, mental e emocional²⁴. Entretanto, mesmo com dificuldades, os doentes renais não ficam totalmente impossibilitados de realizar tarefas, podendo planejar atividades com auxílio de profissionais¹¹.

As pessoas inativas ou sem atividade profissional devido às limitações físicas geralmente são dependentes da previdência social e com isso possuem um baixo poder aquisitivo, o que pode estar associado a níveis mais baixos de QV¹⁵. Contudo, não verificou-se correlação estatisticamente significativa entre renda e os domínios do KDQOL-SF™ 1.3, dessa forma, não se pode considerar que esse fator influencie diretamente na QV para a população estudada.

Também não houve resultado significativo quanto aos anos de estudo; mas, pessoas com mais de oito anos de escolaridade apresentaram escores mais elevados de QV em um estudo realizado com 763 pacientes no Chile¹⁵. Alguns autores se referem à escolaridade como um fator importante, pois se relaciona com a qualidade

das informações recebidas pelo paciente e a capacidade de assimilação, de forma que, quanto maior a escolaridade, maior o entendimento do indivíduo a respeito de sua saúde, de seu tratamento e das limitações que causam em sua vida^{6,11}.

Verificou-se uma correlação negativa ($r=-0.3664$; $p=0.007$) entre tempo de hemodiálise e “Função sexual”, indicando que a qualidade de vida relacionada a este domínio diminui à medida que aumenta o tempo de tratamento. Esse domínio é composto por dois itens “tem problema em ter satisfação sexual” e “tem problema para ficar sexualmente excitado”. A interação sexual é de extrema importância para a qualidade de vida dos indivíduos e se torna um dos problemas decorrentes das perdas e dificuldades impostas pela doença e a terapia⁶.

Em um estudo realizado no México, com 64 pacientes em hemodiálise, a falta de atenção e apoio de amigos e familiares com as complicações da doença e o tratamento se configurou como o principal fator determinante na redução da autoestima e da qualidade de vida. Dessa forma, percebe-se que o apoio familiar é fundamental e se torna a chave principal no processo de adaptação do renal crônico ao tratamento hemodialítico, no qual há um enfrentamento da nova situação deixando de lado emoções negativas e ansiedades²¹.

Diante do exposto, sabe-se que a doença renal crônica e a hemodiálise causa grandes alterações na vida dos pacientes e de seus familiares e os fatores sociodemográficos exercem

representativa interferência na qualidade de vida^{6,13}. Por isso, identificar associações entre esses aspectos fornece um auxílio na assistência dessa população subsidiando novas estratégias que contribuam com a melhoria dos níveis de QV^{13,23}.

Vale ressaltar que a terapia ocupacional é uma estratégia extremamente benéfica para os pacientes que possuem dificuldade em realizar atividades e com autonomia reduzida. É uma intervenção que pode ser realizada por profissionais de saúde e que promove um sentimento de empoderamento no indivíduo em relação a si próprio, melhorando a função emocional e a qualidade de vida²².

A equipe de enfermagem deve estar preparada para ter um cuidado mais específico, com adequado planejamento da assistência de acordo com as fragilidades, visando garantir maior conforto e segurança, potencializando resultados e minimizando riscos^{13,24}. É necessário que os profissionais estabeleçam uma relação de afetividade e confiança com o paciente para que seja possível conhecer suas dificuldades e medos e a partir disso estimular suas capacidades de adaptação ao um novo estilo de vida^{6,24}.

Vale ressaltar que, por ser uma doença complexa e bastante impactante nos diversos segmentos da vida dos indivíduos, a análise da QV e seus componentes e as relações que possuem com a DRC proporciona grandes avanços para a literatura na área. Assim, é importante que mais pesquisas sejam realizadas com esse tipo de população, pois favorecem a compreensão e o manejo de aspectos que aumentam ou diminuem a QV.

O presente estudo apresentou limitações, pelo fato de não ter sido realizado o levantamento de dados laboratoriais que também podem interferir na QV e ser limitado a uma localidade com apenas um centro especializado em terapia renal substitutiva.

CONCLUSÕES

Observou-se no presente estudo que as variáveis sexo, idade, ocupação e tempo de tratamento interferem na qualidade de vida dos renais crônicos em terapia hemodialítica. Esses fatores devem ser considerados durante a prestação de cuidados a esses pacientes.

Dessa forma, pode-se afirmar que a utilização de instrumentos capazes de mensurar a qualidade de vida é bastante útil, sendo o KDQOL-SF™ 1.3 uma ferramenta de fácil acesso e baixo custo que permite o conhecimento dos déficits de qualidade de vida e a partir disso, a construção de uma assistência de enfermagem direcionada às necessidades desta população.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não houve conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. **Pinho NA, Silva GV, Pierin AM.** Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among hospitalized patients in a university hospital in the city of São Paulo, SP, Brazil. *J. Bras. Nefrol.* 2015; 37(1): 91-7. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150013>
2. **Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT.** Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. *J Bras Nefrol.* 2017; 39(3): 261-66. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>

3. **Lopes JM, Fukushima RLM, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi, FS.** Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(3): 230-6.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400039>
4. **Rudnicki T.** Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. *Contextos Clínic.* 2014; 7(1): <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.71.10>
5. **Patat CL, Stumm EMF, Kirchner RM, Guido LA, Barbosa DA.** Análisis de la calidad de vida de los usuarios de hemodiálisis. *Enfer Global.* 2012; 11(27): 66-76.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300004>
6. **Medeiros RC, Sousa MNAS, Nunes RMV, Costa TS, Moraes JC, Diniz MB.** Health-related quality of life of individuals under hemodialysis. *J Nurs UFPE.* 2015; 9(Suppl. 9): 1018-27.
<http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8808-76748-1-SM.SM.0909supl201513>
7. **Magazoni VS, Filho GMC, Silva NS, Silva ST.** Comparação da perda urinária e da qualidade de vida de estudantes do 5º e 8º período curso de fisioterapia. *E-Rac.* 2016; 6(1).
8. **Gonçalves FA, Dalosso IF, Borba JMC, Bucaneve J, Valerio NMP, Okamoto CT, et al.** Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba - PR. *J Bras Nefrol.* 2015; 37(4): 467-74
<http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150074>
9. **Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R.** Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2003; 49(4): 375-81
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000400027>
10. **Zanela AC, Venturin IB, Silva LVA, Padilha P, Pereira TB, Andrade F, et al.** Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. I Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG – Caxias do Sul – RS, de 30 de Setembro a 02 de Outubro de 2013.
11. **Silva GD, Fernandes BD, Silva FA, Dias YCB, Melchioris AC.** Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: análise de fatores associados. *R. Bras. Qual. Vida;* 2016; 8(3):229-45. <http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v8n3.4426>
12. **Lira CLOB, Avelar TC, Bueno JMH.** Coping e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Est Inter Psicol.* 2015; 6(1): 82-99.
<http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2015v6n1p82>
13. **Ottaviani AC, Betoni LC, Paravini SCI, Say KG, Zazzetta MS, Orlandi FS.** Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(3): <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000650015>
14. **Santos GD, Castilho MS, Viso BF, Carreira GF, Queiroz MIP, Mello TRC, et al.** Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. *Diagn Tratamento.* 2014; 19(1).
15. **Guerrero VG, Alvarado OS, Espina MC.** Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(5): 838-46.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500004>
16. **Oliveira APB, Schmidt DB, Amatneeks TM, Santos JC, Cavallet LHR, Michel RB.** Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. *J Bras Nefrol.* 2016; 38(4): 411-20.
<http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160066>
17. **Nunes C, Lobo A.** Estudo das dimensões da qualidade de vida nos pacientes hemodialisados. *Rev Enf Ref.* 2012; serIII (8): 39-45. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1215>
18. **Cavalcante MCV, Lamy ZC, Filho FL, França AKTC, Santos AM, Thomaz EBAF, et al.** Factors associated with the quality of life of adults subjected to hemodialysis in a city in northeast Brazil. *J Bras Nefrol.* 2013; 35(2).
<http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130014>
19. **Bayoumi M, Harbi AA, Suwaida AA, Ghonaim MA, Wakeel JÁ, Mishkiry A.** Predictors of Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2013; 24(2): 254-9.
<http://dx.doi.org/10.4103/1319-2442.109566>
20. **Ribeiro M, Araújo ML, Cunha L, Ribeiro D, Pena G.** Análise de diferentes métodos de avaliação do estado nutricional de pacientes em hemodiálise. *Rev Cuid.* 2015; 6(1): 932-40.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.163>
21. **García DJ, Ochoa MC, Martínez NE, Gonzáles B, Sánchez M, Martínez M.** Prevalencia de los mecanismos de adaptación del paciente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis. *Rev Cuid.* 2016; 7(1): 1144-51. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.167>
22. **Madalosso FD, Mariotti MC.** Terapia Ocupacional e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2013; 21(3): 511-20. <https://doi.org/10.4322/cto.2013.053>
23. **Fukushima RLM, Menezes ALC, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi FS.** Quality of life and associated factors in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(5): 518-24.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600072>
24. **Everling J, Gomes JS, Benetti ERR, Kirchner RM, Barbosa DA, Stumm EMF.** Eventos associados à hemodiálise e percepções de incômodo com a doença renal. *Av Enferm.* 2016; 34(1): 48-57.
<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.41177>