

Qualidade de vida, aspectos clínicos e sociodemográficos de indivíduos com doença renal crônica em hemodiálise**Quality of life, clinical and sociodemographic aspects of individuals with chronic kidney disease undergoing hemodialysis****Calidad de vida, aspectos clínicos y sociodemográficos de individuos con enfermedad renal crónica en hemodiálisis****Recebido: 15/05/2020****Aprovado: 30/11/2020****Publicado: 18/04/2021****Juliana Elisa Baldin¹****Ananda Aidar Souza²****Mayara Simões³****Isabel Aparecida Porcatti Walsh⁴****Marilita Falangola Accioly⁵**

Este é um estudo transversal, quantitativo e descritivo, realizado em Uberaba-MG de agosto de 2016 a fevereiro de 2017, com objetivo de avaliar e correlacionar aspectos sociodemográficos e clínicos com a qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em hemodiálise. Utilizaram-se os seguintes instrumentos, aplicados em 51 participantes: questionários com informações sociodemográficas/clínicas e o *Kidney Disease and Quality of Life Short Form 1.3*, pontuado pelo "Scoring Program (v2.0)". Foram realizados testes de normalidade e análise inferencial de correlação. Os domínios com melhores resultados foram "Função Sexual", "Função Cognitiva" e "Apoio da equipe da diálise", e os piores "Situação de trabalho", "Papel da limitação física" e "Saúde Física". Os domínios "funcionalidade física" e "Saúde Física" correlacionaram-se negativamente com idade ($r=-0,521$ e $r=-0,380$, respectivamente) e "Saúde Geral" e "Efeitos da doença renal" com peso seco ($r=-0,319$ e $r=-0,502$, respectivamente). Esses resultados indicam o comprometimento da qualidade de vida, necessitando de atenção geral a esses indivíduos junto a ações que promovam melhores condições gerais de saúde.

Descritores: Qualidade de vida; Insuficiência renal crônica; Diálise renal.

This is a cross-sectional, quantitative and descriptive study, carried out in Uberaba-MG, Brazil, from August 2016 to February 2017. It aims to evaluate and correlate sociodemographic and clinical aspects with the quality of life of individuals with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. The following instruments were applied to 51 participants: questionnaires with sociodemographic/clinical information and the *Kidney Disease and Quality of Life Short Form 1.3*, punctuated by the "Scoring Program (v2.0)". Normality tests and inferential correlation analysis were performed. The domains with the best results were "Sexual Function", "Cognitive Function" and "Support of the dialysis team", and the worst were "Work situation", "Role of physical limitation" and "Physical Health". The domains "Physical Functionality" and "Physical Health" were negatively correlated with age ($r = -0.521$ and $r = -0.380$, respectively) and "General Health" and "Effects of Kidney Disease" with dry weight ($r = -0.319$ and $r = -0.502$, respectively). These results indicate a compromised quality of life, requiring general attention to these individuals in conjunction with actions that promote better general health conditions.

Descriptors: Quality of life; Renal insufficiency, Chronic; Renal dialysis.

Este es un estudio transversal, cuantitativo y descriptivo realizado en Uberaba-MG, Brasil, entre agosto de 2016 y febrero de 2017, con el objetivo de evaluar y correlacionar aspectos sociodemográficos y clínicos con la calidad de vida de individuos con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Se aplicaron los siguientes instrumentos a 51 participantes: cuestionarios con informaciones sociodemográficas/clínicas y el *Kidney Disease and Quality of Life Short Form 1.3*, puntuado por el "Scoring Program (v2.0)". Se realizaron pruebas de normalidad y análisis inferencial de correlación. Los dominios con las mejores puntuaciones fueron "Función Sexual", "Función Cognitiva" y "Apoyo del equipo de diálisis", y los peores fueron "Situación laboral", "Función de la limitación física" y "Salud Física". Los dominios "Funcionalidad física" y "Salud Física" se correlacionaron negativamente con la edad ($r=-0,521$ y $r=-0,380$, respectivamente) y "Salud general" y "Efectos de la enfermedad renal" con el peso seco ($r=-0,319$ y $r=-0,502$, respectivamente). Estos resultados indican un deterioro de la calidad de vida, que requiere una atención general a estas personas junto con acciones que promuevan mejores condiciones de salud.

Descritores: Calidad de vida; Insuficiencia renal crónica; Diálisis renal.

1. Fisioterapeuta. Especialista em Neonatologia. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM). Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5305-9917 E-mail: juliana.bal.din@hotmail.com

2. Fisioterapeuta. Mestre em Educação Física. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-1692-3374 E-mail: ananda_aidar@hotmail.com

3. Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Respiratória. Mestre em Fisioterapia. Fisioterapeuta do HC-UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0288-1625 E-mail: mayara_simoes_13@hotmail.com

4. Fisioterapeuta. Doutora em Fisioterapia. Professora Associada do curso de Graduação em Fisioterapia e do Programa de Pós Graduação em Fisioterapia (PPGF) da UFTM/UFU. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2317-1326. E-mail: isabelpwalsh@gmail.com

5. Fisioterapeuta. Doutora e Pós Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada do curso de Graduação em Fisioterapia da UFTM e do PPGF da UFTM/UFU. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-9623-3145. E-mail: marilitafisio@gmail.com

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada por anormalidades da estrutura e/ou função dos rins presentes por mais de três meses, apresentando principalmente uma taxa de filtração glomerular (TGF) inferior a 60/min/1,73m, um ou mais marcadores de lesão renal: albuminúria (relação albumina/creatinina >30 mg/g), anormalidade do sedimento urinário, eletrólito ou outra anormalidade devido a distúrbio tubular, anormalidades na histologia, anormalidades estruturais detectadas por imagem, histórico de transplante renal¹.

Por sua vez, a insuficiência renal crônica (IRC) é considerada a fase terminal da DRC, quando os rins já não conseguem atingir sua normalidade e apresentam perda da função renal tornando-se incompatível com a vida, com uma TGF menor que 15/min/1,73m¹.

Nessa fase, há necessidade de iniciar o tratamento de escolha substitutiva da função renal, sendo o mais utilizado atualmente no Brasil a hemodiálise (HD), que se define como um processo de filtração e depuração sanguínea de substâncias indesejáveis, como a creatinina e a ureia que necessitam ser eliminadas da corrente sanguínea devido à ineficiência do mecanismo de filtração².

Apesar da HD aumentar a sobrevida, esses indivíduos podem desenvolver alterações como fraqueza da musculatura geral, anemia, depressão, hipertensão arterial, transformações metabólicas, alterações cardiorrespiratórias, entre outras, podendo levar à redução na funcionalidade e no condicionamento cardiovascular, interferindo diretamente na qualidade de vida (QV) dos mesmos¹.

A definição de QV não é universal e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)³, a QV é descrita como a *"percepção em que o indivíduo tem, da sua inserção no contexto cultural e seu valor em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"*. David Felce⁴ definiu QV como *"um bem-estar geral que inclui descritores objetivos e avaliações subjetivas do bem-estar físico, material, social e emocional, juntamente com a extensão do desenvolvimento pessoal e da atividade intencional, todos ponderados por um conjunto pessoal de valores"*, ou seja, mesmo que não exista uma definição específica para o termo, existem indicadores objetivos, relacionados aos padrões sociais, e subjetivos, vistos a partir da percepção que o indivíduo constrói em relação ao meio em que habita, como: *bem-estar, felicidade, amor, necessidades básicas, desenvolvimento econômico e social, são alguns dos paradigmas objetivos e subjetivos, caracterizados pela sociedade que podem determinar a QV*⁵.

Porém, nos últimos anos quando avaliado a QV em grupos de patologias ou tratamentos específicos, tem-se usado o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que pode ser definido como: *"aspectos do bem-estar auto identificados que estão relacionados ou afetados pela presença de doença ou tratamento"*⁶ ou ainda como *"um subconjunto das formas importantes ou mais comuns em que a saúde ou os cuidados de saúde impactam no bem-estar"*⁷, se tratando de definições ainda confusas, pois permeiam as definições de *"Saúde"* e *"Qualidade de Vida"*⁵. Ainda assim trata-se de um termo já amplamente utilizado para significar a forma como a saúde afeta a QV empiricamente estimada usando técnicas estatísticas através de instrumentos como o questionário *Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SFTM 1.3)*⁸.

Desta forma, QVRS vem sendo estudada na população com DRC, pois apresentou-se como um preditor de morbimortalidade nestes indivíduos independente da progressão da doença⁹. A quantidade de indivíduos com DRC mundial vem aumentando significativamente, gerando um importante problema de saúde pública, assim dados como a QVRS vêm sendo considerados pela gestão. Segundo o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, este número elevou-se de 91.314 para 122.825 nos últimos cinco anos².

Para a população com DRC um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a QVRS é o questionário KDQOL-SFTM 1.3 que inclui itens como: sintomas/problemas, efeitos da doença renal sobre a vida diária, sobrecarga imposta pela doença renal, condição de trabalho, função cognitiva, qualidade das interações sociais, função sexual e sono, suporte social, estímulo da equipe da diálise e satisfação do paciente⁸.

A utilização de ferramenta como esta permite que os efeitos da doença perante a QV e funcionalidade dessas pessoas possam ser aferidos e mensurados de maneira ampla proporcionando leitura mais adequada para o diagnóstico ou a oferta de serviços de saúde mais apropriados. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar e correlacionar aspectos sociodemográficos e clínicos com a qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em hemodiálise.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo, realizado de agosto de 2016 a fevereiro de 2017, com indivíduos que apresentavam diagnóstico de DRC já em IRC e que estavam em tratamento substitutivo por hemodiálise. A seleção foi por conveniência e maximização, em três centros que ofertavam hemodiálise no município de Uberaba, MG e respeitou o número de sujeitos dos locais de avaliação e os critérios de inclusão e exclusão.

Nos três setores em que foi realizada a avaliação, 51 dos indivíduos se adequaram aos critérios de inclusão, ou seja, IRC em tratamento de HD no mínimo há um mês, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos. Não foram incluídos os indivíduos que apresentaram distúrbios psiquiátricos e/ou cognitivos que os impedissem de compreender e executar a atividade requerida, identificados por consulta aos prontuários e entrevista com os mesmos.

A QVRS foi avaliada por meio de entrevista com o instrumento *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOL – SF™) 1.3 que foi traduzido para o português e adaptado culturalmente para o uso na população brasileira no ano de 2003. Trata-se de um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida na doença renal crônica terminal, aplicável a indivíduos que realizam algum tipo de programa dialítico, constituído por 80 itens e divididos em 19 escalas¹⁰. O KDQOL inclui o SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*) de maneira genérica e é suplementado com escalas do tipo multi-itens, voltadas às necessidades dos indivíduos renais crônicos. A pontuação final de cada dimensão varia em uma escala de 0 a 100, sendo que a pontuação mais alta reflete melhor qualidade de vida relacionada a saúde¹⁰.

Os dados sociodemográficos e clínicos foram levantados a partir de dados dos prontuários dos participantes. As variáveis coletadas foram aquelas que retratavam de forma mais abrangente a população avaliada, sendo elas: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, renda individual, tempo de diagnóstico e de hemodiálise, peso seco (o mais baixo peso tolerado ao final da sessão de diálise, atingido pela gradual redução de peso do paciente, em que existam os mínimos sinais e sintomas de hipovolemia ou hipervolemia), peso inicial (peso pré-dialítico), peso final (peso pós-dialítico), ureia inicial e final, e potássio.

Inicialmente foi realizado um levantamento de dados, a partir dos prontuários clínicos de cada participante. Posteriormente, durante a filtragem do sangue na HD, foi realizada a coleta dos dados de QVRS utilizando-se o instrumento KDQOL-SF™. O participante foi submetido à entrevista guiada pelo instrumento e o entrevistador marcava as questões de acordo com as respostas do mesmo, que checava se estava correto (escolha feita pelo receio do participante com a preservação de suas fistulas arteriovenosas). Após a coleta, os dados foram transcritos em planilhas do programa Excel® e duplamente digitadas.

A análise estatística foi realizada de maneira exploratória, a partir das medidas descritivas. As variáveis nominais: sexo, estado civil e situação de trabalho, foram representadas em números e porcentagens, e as variáveis numéricas conforme medidas de centralidade (média e mediana), e dispersão (desvio padrão, mínima e máxima) para com os dados de caracterização da amostra e do instrumento KDQOL – SF™ 1.3, que foi pontuado a partir do programa KDQOL-SFTM 1.3 Scoring Program (v2.0), disponibilizado pela RAND Corporation em planilha do programa Excel®.

Para correlacionar a QVRS com idade, renda individual, tempo de diagnóstico, tempo de hemodiálise, peso seco, peso inicial, peso final, ureia inicial, ureia final e potássio, os dados

numéricos foram avaliados pelo método de Pearson ou Spearman, conforme o teste de normalidade Kolmogorov Smirnov e Shapiro Wilk, utilizando-se do programa estatístico “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.24” para análise.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob número 948.994.

RESULTADOS

Participaram 51 indivíduos, com idade variando entre 22 e 90 anos ($54,58 \pm 15,84$), maioria do sexo masculino (60,78%), em um relacionamento afetivo (39,21%) e aposentados (80,39%), cujo tempo de estudo foi em média 7,45 anos, com renda individual mensal de 1,54 salários mínimos (R\$ 788,00 em 2015), diagnosticados há 71,05 meses em média e em tratamento há 59,93 meses. Quanto aos valores clínicos coletados, as médias foram: peso seco 67,73Kg, peso inicial 70,20Kg, peso final 67,61Kg, ureia inicial 129,72 mg/dl, ureia final 47,89 mg/dl, e potássio 5,43 mEq/l (Tabela 1).

Tabela 1. Participantes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Uberaba, 2017.

Variáveis	N	%				
Sexo						
Masculino	31	60,78				
Feminino	20	39,22				
Estado civil						
Em um relacionamento afetivo	20	39,21				
Fora de relacionamento afetivo	31	60,78				
Trabalho atual						
Aposentado	41	80,39				
Outro	10	19,61				
	Máxima	Média	Mediana	DP	Mínima	N
Idade (anos)	90	54,58	54	15,84	22	51
Anos de estudo	30	7,45	6	5,66	0	51
Renda individual (salário mínimo)	12	1,54	1	1,7	0	51
Tempo de diagnóstico (meses)	240	71,05	60	59,16	2	51
Tempo de hemodiálise (meses)	228	59,93	36	59,20	1,5	51
Peso seco (kg)	119	67,73	65	17,97	40	51
Peso inicial (kg)	123,9	70,20	66,1	18,53	41,4	51
Peso final (kg)	119,5	67,61	63,5	18,08	40	51
Ureia inicial (mg/dl)	240	129,728	131	39,54	64,1	50
Ureia final (mg/dl)	139	47,89	43,5	27,24	4	50
Potássio (mEq/l)	7,5	5,43	5,2	0,86	3,74	50

%= porcentagem; n= número; DP= desvio padrão.

A Tabela 2 apresenta os resultados referentes à QVRS, por domínios e em porcentagem. Os domínios que apresentaram melhores resultados foram “Função Sexual” (94,08), “Função Cognitiva” (93,73%) e “Apoio da equipe da diálise” (88,73%). Em contrapartida, os piores foram os domínios “Situação de trabalho” (8,82%) e “Papel da limitação física” (26,47%).

Ressalta-se que no domínio Função Sexual se obteve uma amostra de 19 indivíduos, pois só responderam este domínio aqueles que relataram atividade sexual nas últimas quatro semanas.

Tabela 2. Qualidade de vida relacionada à saúde de participantes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Uberaba, 2017.

Domínios	Nº itens da escala	Max	Média	Mediana	DP	Min	N
Lista de problemas/sintomas	12	100,00	71,65	72,92	17,07	37,5	51
Efeitos da doença renal	8	100,00	70,47	75,00	19,95	25,0	51
Fardo da doença renal	4	100,00	55,02	50,00	28,56	0,00	51
Situação de trabalho	2	100,00	8,82	0,00	25,90	0,00	51
Função cognitiva	3	100,00	93,73	100,00	12,03	46,67	51
Qualidade da interação social	3	100,00	87,84	93,33	16,42	33,33	51
Função sexual	2	100,00	94,08	100,00	14,65	50,00	19
Sono	4	100,00	65,13	67,50	25,61	10,00	51
Suporte social	2	100,00	83,66	100,00	21,98	16,67	51
Apoio da equipe da Diálise	2	100,00	88,73	100,00	24,27	0,00	51
Saúde global	1	100,00	61,96	60,00	22,89	0,00	51
Satisfação do paciente	1	100,00	63,07	66,67	17,74	16,67	51
Funcionalidade física	10	100,00	54,12	60,00	31,09	0,00	51
Papel da limitação física	4	100,00	26,47	0,00	38,21	0,00	51
Dor	2	100,00	64,31	67,50	36,11	0,00	51
Saúde geral	5	90,00	52,65	55,00	27,85	0,00	51
Bem estar emocional	5	100,00	65,02	68,00	22,89	4,00	51
Papel limitação emocional	3	100,00	70,59	100,00	43,02	0,00	51
Função social	2	100,00	83,09	100,00	27,59	0,00	51
Relação disposição/fadiga	4	100,00	50,49	50,00	25,77	0,00	51
SF-12 Saúde Física	-	58,33	36,35	36,27	11,14	16,27	51
SF-12 Saúde Mental	-	64,54	50,25	52,06	10,04	25,36	51

Máx= máxima; DP= desvio padrão; Min= Mínimo; n= número

A Tabela 3 apresenta as correlações entre QVRS com variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes avaliados. Não houve associações significativas entre sexo, estado civil e trabalho atual e os domínios da QVRS.

Os domínios da funcionalidade física e saúde física foram negativamente associados ao avançar da idade enquanto que o domínio função social foi positivamente associado à idade. Piores resultados para o domínio "Saúde Geral" e "Efeitos da doença renal" foram correlacionados com maiores valores de peso seco, peso inicial e peso final, enquanto que o "Fardo da doença renal" foi negativamente associados ao peso seco. O domínio "Situação de Trabalho" apresentou melhores resultados para participantes com maior tempo de diagnóstico.

Melhores resultados com relação ao domínio "função sexual" foram observados com menores valores de ureia final e piores resultados quanto ao "sono" para maiores valores de potássio. A Satisfação do Paciente mostrou-se significativamente maior quanto maior o peso inicial, ureia inicial e ureia final.

Tabela 3. Correlações entre qualidade de vida relacionada à saúde com variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Uberaba, 2017.

	Idade	Renda (individual)	Tempo de Diagnostico	Tempo de Tratamento	Peso Seco	Peso Inicial	Peso Final	Ureia Inicial	Ureia Final	Potássio
Lista de problemas/sintomas	-0,058	0,003	0,047	0,023	-0,072	-0,098	-0,054	0,163	0,014	0,121
Efeitos da doença renal	0,247	-0,090	-0,148	-0,188	-0,502**	-0,532**	-0,494**	-0,212	-0,141	-0,012
Fardo da doença renal	-0,028	0,029	0,105	0,064	-0,285*	-0,253	-0,272	0,015	0,089	0,064
Situação de trabalho	-0,049	0,167	0,302*	0,189	-0,038	-0,017	-0,035	-0,033	-0,138	0,015
Função cognitiva	-0,127	0,045	0,018	0,006	0,031	-0,010	0,030	0,235	0,173	-0,162
Qualidade da interação social	0,268	0,017	-0,049	0,064	-0,227	-0,259	-0,224	-0,199	-0,045	-0,002
Função sexual	-0,116	0,303	-0,090	0,031	-0,381	-0,384	-0,395	-0,247	-0,595**	-0,008
Sono	-0,066	0,179	-0,021	-0,026	0,040	-0,014	0,049	0,104	0,011	0,314*
Suporte social	0,274	0,249	0,035	0,092	0,014	0,085	0,024	-0,024	-0,084	-0,046
Apoio da equipe da Diálise	0,023	0,117	0,091	0,166	-0,194	-0,094	-0,199	0,028	0,072	-0,065
Saúde global	-0,163	-0,008	0,084	0,166	-0,203	-0,108	-0,195	-0,084	-0,086	0,255
Satisfação do paciente	0,088	0,196	0,063	-0,026	0,248	0,301*	0,262	0,316*	0,418**	0,255
Funcionalidade física	-0,521**	0,215	0,135	0,126	-0,207	-0,180	-0,208	0,173	-0,024	0,170
Papel da limitação física	-0,156	-0,079	-0,054	-0,046	-0,156	-0,129	-0,158	0,173	-0,088	0,040
Dor	0,012	0,077	-0,091	-0,011	-0,136	-0,156	-0,129	-0,011	-0,006	-0,015
Saúde geral	0,006	0,032	0,091	0,043	-0,319*	-0,332*	-0,312*	-0,030	0,013	0,088
Bem estar emocional	0,018	0,189	0,124	0,223	-0,063	-0,107	-0,051	0,034	-0,028	0,136
Papel limitação emocional	0,231	0,119	0,234	0,226	0,089	0,128	0,088	0,036	0,114	-0,074
Função social	0,323*	0,024	-0,016	-0,088	-0,184	-0,225	-0,184	0,038	0,012	-0,144
Relação disposição/fadiga	-0,264	0,123	0,204	0,120	-0,041	-0,029	-0,031	0,260	0,198	0,191
SF-12 Saúde Física	-0,380**	0,052	0,037	0,046	-0,238	-0,246	-0,237	0,126	-0,058	0,117
SF-12 Saúde Mental	0,176	0,172	0,213	0,180	-0,015	-0,024	-0,009	0,023	0,146	-0,023

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades);

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se maior proporção de participantes do sexo masculino com IRC como foi observado em outros estudos com a população brasileira em hemodialise^{11,12}. A média de idade foi de 54,58±15,84 anos, sendo também observado semelhança com outros trabalhos que fizeram o uso do KDQOL-SF como instrumento de pesquisa^{12,13}.

Com o avançar da idade ocorre o aumento das doenças crônicas, dentre elas as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes mellitus, e as doenças respiratórias crônicas, que atuam de forma evolutiva, justifica-se que a DRC também acometa mais adultos e idosos¹⁴. Assim, considerando o envelhecimento populacional, é de se esperar que o número de doentes com DRC aumente, justificando ações de promoção, diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Outros valores clínicos coletados foram às médias: do peso seco 67,73 ± 17,97Kg, peso inicial 70,20 ± 18,53Kg, peso final 67,61 ± 18,08Kg, ureia inicial 129,72 ± 39,54mg/dl, ureia final 47,89 ± 27,24mg/dl, e potássio 5,43±0,86mEq/l.

Em indivíduos com DRC a contenção de líquidos e de sódio é necessária para possibilitar o controle da pressão arterial, do volume extracelular e impedir excesso de peso entre as sessões de hemodiálise. O ganho de peso interdialítico relativo tem sido positivamente associado à concentração média de sódio dialisado, o risco de mortalidade foi elevado no ganho de peso interdialítico relativo ≥ 5,7%, e o risco de internações por sobrecarga de fluidos foi elevado no ganho de peso interdialítico relativo ≥ 4% repercutindo em grandes gastos em saúde pública, necessitando de estratégias para melhor controle em relação a esse índice¹⁵.

Assim, comparando os valores encontrados em outra pesquisa¹⁵, com os achados do presente estudo sobre o peso entre as diálises, o peso interdialítico final estava dentro do normal, equivalente a um acréscimo de 3,68% da média de ganho interdialítico, representando um valor seguro, porém que necessita de atenção por ser próximo ao limite para riscos de internações por sobrecarga de fluidos. Além disso, também foi verificado que a diálise foi efetiva, já que os valores do peso seco foram semelhantes ao peso final.

A partir do peso seco, da diurese residual e da quantidade da ingesta hídrica, controla-se o balanço hídrico e avalia-se a hidratação do indivíduo. Este é pesado logo que chega ao centro de hemodiálise, sendo denominado de peso inicial ou pré sessão e determina a quantidade de líquidos a serem retirados durante a sessão, subtraindo o peso seco do mesmo. Quando termina a sessão, o indivíduo é pesado novamente, ou seja, tem-se o peso final ou pós sessão, e é verificado o cumprimento da meta de filtração. Assim, o peso seco é o peso ideal após uma sessão de hemodiálise. Com este peso, a pessoa com IRC deve sentir-se bem, com mínimos sinais e sintomas de hipovolemia ou hipervolemia¹⁶.

Verificou-se redução dos níveis da ureia considerando-se o período pré e pós HD, mostrando sua efetividade. Contudo, mesmo com essa diminuição dos valores apresentados, ainda há divergências quando comparados aos valores preconizados como de referência (10-40mg/dL)¹⁶, a ureia ainda se encontra mais elevada em relação aos valores de referência e isso pode ser um indicativo de que o indivíduo está piorando sua capacidade de filtração glomerular, principalmente quando associado à elevação da creatinina¹⁷. É importante adotar uma dieta rígida para essa população, uma vez que a restrição proteica pode melhorar a condição dos indivíduos com IRC e isso pode permitir diminuir a formação de toxinas urêmicas como a ureia e outras.

No presente estudo, o maior escore da QVRS foi para a “Função Sexual” (94,08%), resultados semelhantes ao descrito em outro trabalho com o mesmo instrumento de avaliação¹⁸. No entanto, outra investigação¹⁷ apontou alta prevalência de disfunção erétil em indivíduo com DRC principalmente em fase terminal, o que deve levar à cautela na interpretação desse resultado. Ademais, há de se considerar que o domínio “função sexual” foi respondido somente por 19 participantes que relataram vida sexual ativa nas últimas quatro semanas e, possivelmente por isso, apresentaram bons resultados. Além disso, melhores

resultados com relação ao domínio "função sexual" foram observados com menores valores de ureia final.

A segunda dimensão com a melhor percepção foi a "Função cognitiva" (93,73%). Entende-se por função cognitiva ou sistema funcional cognitivo as fases do processo de informação, como percepção, aprendizagem, memória, atenção, vigilância, raciocínio e solução de problemas. Assim as habilidades cognitivas refletem as competências que tornam o sujeito capacitado e habilitado a interagir com o meio em que vive e com a sociedade, permitindo funções básicas como a discriminação de objetos, o reconhecimento e identificação de conceitos, a resolução de problemas e o cumprimento das regras, além da construção dos processos mentais¹⁹.

O aprimoramento das habilidades cognitivas e trabalhos que visem sua manutenção e melhora são importantes para permitir que os indivíduos direcionem comportamentos e metas e resolvam problemas a partir da escolha de estratégias. No entanto, considerando que o comprometimento cognitivo e demência ocorrem comumente em portadores de IRC, principalmente em fase avançada, a avaliação constante para identificação e controle adequado desses déficits é muito importante no impacto positivo da evolução do paciente²⁰.

Um estudo de meta-análise, mostrou significativo aumento do desempenho físico e cognitivo e alteração positiva no comportamento de pessoas idosas com déficit cognitivo e demência, confirmando que a prática de exercício físico pode ser importante protetor contra o declínio cognitivo e demência em indivíduos idosos²¹. Desta forma, é importante que os centros de HD produzam ações e incentivos para prática regular de exercícios físico dos DRC. No entanto, não houve associações entre este domínio e os aspectos sociodemográficos e clínicos avaliados.

"Apoio da equipe da Diálise" também apresentou um alto escore (88,73%), estando de acordo com outro trabalho¹³. Esse aspecto, associado ao fato de não ter havido associação entre este domínio e os aspectos sociodemográficos e clínicos avaliados é um resultado promissor, já que o cuidado adequado ao paciente renal crônico pela equipe do setor, independente do quadro clínico e aspectos pessoais, implica na motivação e cooperação do indivíduo para com o tratamento, proporcionando uma percepção positiva quanto à saúde, interferindo diretamente com melhores valores de QVRS, podendo também ser usado como estratégia para proporcionar uma melhor QVRS à DRC²².

O maior comprometimento da QVRS se deu nos domínios "Situação de trabalho" e "Papel da limitação física".

A maioria dos indivíduos com IRC deixam de ter um trabalho remunerado devido a doença, aposentando-se precocemente e diminuindo drasticamente a renda familiar. Esses acontecimentos demandam diversas modificações na rotina destas pessoas, levando certo tempo até se adaptarem, o que pode ser uma das explicações para a correlação entre melhores resultados do domínio "Situação de Trabalho" e maior tempo de diagnóstico.

A manutenção da vida laboral pode trazer sentido e significado à vida desses indivíduos, evidenciando a necessidade de políticas públicas para que o doente renal que tivesse condições físicas e psicológicas pudesse manter o seu emprego sob condições especiais e condizentes com suas necessidades de tratamento, com incentivo do governo às empresas para que elas passassem a tomar tais medidas²³.

Quanto ao comprometimento na percepção do "Papel da limitação física", sabe-se que, apesar de prolongar substancialmente a sobrevida dos indivíduos, aqueles com DRC submetidos à HD apresentam redução da força muscular, anemia, doenças cardíacas, depressão, hipertensão arterial, alterações metabólicas e respiratórias, entre outros distúrbios, levando à perda da funcionalidade e do condicionamento desses indivíduos²⁴.

Os domínios da funcionalidade física e saúde física foram negativamente associados pelo avançar da idade. Esse resultado se justifica, uma vez que o envelhecimento está ligado a um grupo de alterações fisiológicas. Além das alterações advindas da própria doença, com a idade

há uma diminuição da massa corporal magra que reflete uma diminuição da força e potência dos músculos o que pode influenciar na autonomia, no bem-estar e na QVRS²⁵.

Contrariamente, o domínio função social foi positivamente influenciado pela idade. Este domínio está relacionado à satisfação com relações pessoais (amigos e familiares), ao suporte e apoio recebido e o convívio social, e é fundamental para que se viva melhor, o que tem sido associado ao aumento do senso de bem-estar e à melhora no funcionamento físico, exercendo influência sobre as condições de saúde e mortalidade de forma positiva^{25,26}, pois sabe-se que estados emocionais negativos em DRC são preditores superiores aos componentes físicos na QVRS, exaltando a importância de um acompanhamento psicológico para estes indivíduos no decorrer do tratamento²⁷. Além da necessidade de programas de engajamento em atividades que lhe permitam cada vez mais a manutenção e o estímulo ao convívio social.

Os piores resultados para os domínios “Saúde Geral” e “Efeitos da doença renal” foram correlacionados com maiores valores de peso seco, peso inicial e peso final, enquanto que o “Fardo da doença renal” foi negativamente influenciado pelo peso seco. A influência negativa do peso seco nesses domínios da QVRS, pode estar relacionada ao fato deste estar maior entre as sessões de hemodiálise, podendo demonstrar a não aceitação dos indivíduos hemodialíticos às limitações das dietas, piorando a saúde geral. Neste sentido, estudo verificou que indivíduos com o ganho de peso interdialítico menor do que 5% em relação ao peso seco podem apresentar sensações de bem-estar²⁸.

A dificuldade em seguir a dieta restrita pode acarretar danos à saúde, pois a hipervolemia pode desenvolver a hipertrofia do ventrículo esquerdo, a pressão alta e estar relacionado com a mortalidade por acometimento cardíaco e vascular nessa população. Além do mais, a excessiva remoção de líquido pode ocasionar câimbras musculares e isquemias cardíaca e cerebral²⁹.

A Satisfação do Paciente mostrou-se significativamente maior quanto maior o peso inicial, ureia inicial e ureia final. Da mesma forma, estudo³⁰ indicou que o consumo alimentar se correlacionou com o nível de QVRS, apresentando-se melhor naqueles indivíduos que possuíam um consumo energético maior. Este trabalho aborda, ainda, que a dificuldade de manter uma dieta com restrições hídricas e alimentares corretamente, aumentando o consumo de calorias, carboidratos, proteínas, fibras e cálcio traz uma melhor QVRS³⁰. No entanto, este dado que precisa ser interpretado com cautela pois o consumo feito de forma incorreta agrava os efeitos da doença.

CONCLUSÃO

Indivíduos renais crônicos em hemodiálise com idades mais avançadas apresentam melhores resultados na função social e maior comprometimento da funcionalidade e saúde física.

Efeitos da doença renal são negativamente influenciados por maiores valores de pesos seco, inicial e final. Menores níveis de satisfação dos indivíduos são influenciados por maior peso inicial e menores níveis de ureia inicial e final. A saúde geral é negativamente influenciada por maiores valores de pesos seco inicial e final. Maior fardo da doença é associado com menor peso seco.

A QVRS tornou-se um conceito fundamental para o cuidado integral ao paciente DRC, sendo uma variável útil para avaliar a eficácia dos tratamentos e prever possíveis complicações quanto à saúde física, mental e emocional destes indivíduos. Com dados de grande abrangência em relação à saúde, podem ser criadas estratégias de prevenção e tratamento para o grupo, uma vez que verificou-se declínio na funcionalidade e saúde física destes com o avanço da idade, piores scores de função social para aqueles mais jovens.

Ao verificar-se também que pessoas mais jovens tem piores resultados quanto a situação de trabalho, o apoio a educação financeira, cursos profissionalizantes que possibilitem

o trabalho domiciliar e a negociação com empresas para a flexibilização de horários tornam-se opções viáveis para melhorar este score.

Há necessidade de atenção global a esses indivíduos e ações sistemáticas de educação em saúde. Ainda, o apoio dos profissionais de saúde e da equipe da diálise, pode exercer influência benéfica sobre esta população.

Como limitação neste estudo, tem-se o fato de a amostra ser não probabilística, pois seu número reduzido restringe os resultados encontrados apenas à população avaliada. Sugere-se, portanto, que sejam realizados novos estudos com amostras maiores, com vistas a enriquecer as descobertas sobre QV de doentes renais crônicos e, assim, surgir novas abordagens terapêuticas que possam melhorar as condições de vida desses indivíduos, o que, possibilitaria melhor acompanhamento com eficácia de tratamento e possível previsão da necessidade de novas condutas, repercutindo diretamente na gestão em saúde pública para DRC.

Ao mesmo tempo, este trabalho mostra perspectivas de futuros estudos e ainda possibilidades interventivas no grupo e locais pesquisados.

REFERÊNCIAS

1. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. *Lancet* [Internet]. 2017 [citado em 23 jul 2020]; 389(10075):1238-52. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)
2. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. *J Bras Nefrol.* [Internet]. 2017 [citado em 25 maio 2020]; 39(3):261-6. DOI: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>
3. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* [Internet]. 1995 [citado em 25 maio 2020]; 41(10):403-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
4. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. *Res Dev Disabil.* [Internet] 1995 [citado em 21 jul 2020]; 16(1):51-74. DOI: [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
5. Karimi M, Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics* [Internet]. 2016 [citado em 24 jul 2020]; 34(7):645-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
6. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med.* [Internet]. 1995 [citado em 24 jul 2020]; 41:1383-94. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00116-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00116-0)
7. Peasgood T, Brazier J E, Mukuria C, Rowen D. A conceptual comparison of well-being measures used in the UK [Internet]. Sheffield; York: University of Sheffield, University of York; 2014 [citado em 08 mar 2021]. (Policy Research Unit in Economic Evaluation of Health and Care Interventions. EEPRU Research Report; 26). Disponível em: <http://www.eepru.org.uk/wp-content/uploads/2017/11/eepru-report-a-conceptual-comparison-of-well-being-measures-sept-2014-026.pdf>
8. 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-SFTM). *Rev Assoc Med Bras.* [Internet]. 2003 [citado em 25 maio 2020]; 49(4):375-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000400027>
9. Porter AC, Lash JP, Xie D, Pan Q, DeLuca J, Kanthety R, et al. Predictors and outcomes of health-related quality of life in adults with CKD. *Clin J Am Soc Nephrol.* [Internet]. 2016 [citado em 15 jul 2020]; 11(7):1154-62. DOI: <https://doi.org/10.2215/CJN.09990915>
10. Campolina AG, Botoluzzo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Validation of the Brazilian version of the generic six-dimensional short form quality of life questionnaire (SF-6D Brazil). *Ciênc Saúde*

- Colet. [Internet]. 2011 [citado em 25 maio 2020]; 16(7):3103-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800010>
11. Oliveira ES, Ferreira RBS, Rios MA, Mussi RFF. Fatores associados à percepção de incômodo com a restrição hídrica e alimentar entre pacientes com insuficiência renal crônica. *Enferm Actual Costa Rica (Online)* [Internet]. 2020 [citado em 26 jul 2020]; 39:1-14. DOI: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i39.39991>
12. Bettoni LC, Ottaviani AC, Orlandi FS. Associação entre o autocuidado e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 2017 [citado em 26 jul 2020]; 19:a14. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.27442>
13. Jesus NM, Souza GF, Mendes-Rodrigues C, Almeida Neto OP, Rodrigues DDM, Cunha CM. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *J Bras Nefrol.* [Internet]. 2019 [citado em 24 jul 2020]; 41(3):364-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0152>
14. Silva JVF, Silva EC, Rodrigues APRA, Miyazawa AP. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde UNIT Alagoas* [Internet]. 2015 [citado em 25 maio 2020]; 2(3):91-100. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/2079>
15. Wong MM, McCullough KP, Bieber BA, Bommer J, Hecking M, Levin NW, et al. Interdialytic weight gain: trends, predictors, and associated outcomes in the International Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis.* [Internet]. 2017 [citado em 26 jul 2020]; 69(3):367-79. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.08.030>
16. Salomão JO, Siqueira VS, Matos GX, Almada MORV. Estado nutricional e qualidade de vida de renais crônicos. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2020 [citado em 26 jul 2020]; 14:e242976. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.242976>
17. Pizzol D, Xiao T, Yang L, Demurtas J, McDermott D, Garolla A, et al. Prevalence of erectile dysfunction in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Int J Impot Res.* [Internet]. 2020 [citado em 26 jul 2020]; 2020:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0295-8>
18. Marinho CLA, Oliveira JFD, Borges JEDS, Silva RSD, Fernandes FECV. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev RENE* [Internet]. 2017 [citado em 26 jul 2020]; 18(3):396-403. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300016>
19. Ramos DK, Rocha NL, Rodrigues K, Roisenberg BB. O uso de jogos cognitivos no contexto escolar: contribuições às funções executivas. *Psic Esc Educac.* [Internet]. 2017 [citado em 25 maio 2020]; 21(2):265-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-3539201702121113>
20. Matta SM, Moreira JM, Kummer AM, Barbosa IG, Teixeira AL, Silva ACS. Alterações cognitivas na doença renal crônica: uma atualização. *J Bras Nefrol.* [Internet]. 2014 [citado em 25 maio 2020]; 36(2):241-5. DOI: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140035>
21. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* [Internet]. 2004 [citado em 25 maio 2020]; 85(10):1694-704. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.03.019>
22. Jung HM, Kim HY. A health-related quality of life model for patients undergoing haemodialysis. *J Clin Nurs.* [Internet]. 2020 [citado em 20 jul 2020]; 29(3-4):613-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15113>
23. Cruz VFES, Tagliamento G, Wanderbroocke AC. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. *Saúde Soc.* [Internet]. 2016 [citado em 25 maio 2020]; 25(4):1050-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016155525>
24. Nascimento LCA, Coutinho EB, Silva KNG. Effectiveness of physical exercise in chronic renal failure. *Fisioter Mov.* [Internet]. 2012 [citado em 08 mar 2021]; 25(1):231-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fm/v25n1/a22v25n1.pdf>

25. Kang GW, Lee IH, Ahn KS, Lee J, Ji Y, Woo J. Clinical and psychosocial factors predicting health-related quality of life in hemodialysis patients. *Hemodial Int.* [Internet]; 2015 [citado em 24 jul 2020]; 19(3):439-46. DOI: <https://doi.org/10.1111/hdi.12271>
26. D'Onofrio G, Simeoni M, Rizza P, Caroleo M, Capria M, Mazzitello G, et al. Quality of life, clinical outcome, personality and coping in chronic hemodialysis patients. *Ren Fail* [Internet]. 2016 [citado em 26 jul 2020]; 39:45-53. DOI:10.1080/0886022X.2016.1244077
27. Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología* [Internet]. 2016 [citado em 27 jul 2020]; 36(3):275-82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.12.002>
28. Kaveh K, Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. *Am J Kidney Dis.* [Internet]. 2001 [citado em 25 maio 2020]; 37(2):244-66. DOI: <https://doi.org/10.1053/ajkd.2001.21286>
29. Rout P, Sandhu GS, Khattak M, Goldfarb-Rumyantzev A. Advances in volume monitoring in dialysis patients. *Minerva Urol Nefrol.* [Internet]. 2010 [citado em 08 mar 2021]; 62(6):13-27. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20424567/>
30. Santos ACB, Machado MC, Pereira LR, Abreu JLP, Lyra MB. Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. *J Bras Nefrol.* [Internet]. 2013 [citado em 25 maio 2020]; 35(4):279-88. DOI: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20130047>

Editora Associada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUIÇÕES

Ananda Aidar Souza e **Mayara Simões** participaram da redação. **Juliana Elisa Baldin** atuou na coleta e análise dos dados. **Isabel Aparecida Porcatti Walsh** contribuiu na redação e revisão. **Marilita Falangola Accioly** atuou na concepção, redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Baldin JE, Souza AA, Simões M, Walsh IAP, Accioly MF. Qualidade de vida, aspectos clínicos e sociodemográficos de indivíduos com doença renal crônica em hemodiálise. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 9(2):438-49. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

BALDIN, J. E.; SOUZA, A. A.; SIMÕES, M.; WALSH, I. A. P.; ACCIOLY, M. F. Qualidade de vida, aspectos clínicos e sociodemográficos de indivíduos com doença renal crônica em hemodiálise. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 9, n. 2, p. 438-49, 2021. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Baldin, J.E., Souza, A.A., Simões, M., Walsh, I.A.P., & Accioly, M.F. (2021). Qualidade de vida, aspectos clínicos e sociodemográficos de indivíduos com doença renal crônica em hemodiálise. *REFACS*, 9(2), 438-49. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

