



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

RENATA KARINE PEDROSA FERREIRA

**Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de doença renal crônica em
tratamento hemodialítico em uma clínica satélite em João Pessoa-PB**

JOÃO PESSOA
2021

RENATA KARINE PEDROSA FERREIRA

Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico em uma clínica satélite em João Pessoa-PB

Versão Original

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Interna do Curso de Medicina do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências legais como requisito parcial à obtenção do título de Médica.

Orientador: Prof. Ms Pablo Rodrigues Costa Alves

JOÃO PESSOA

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F383a Ferreira, Renata Karine Pedrosa.

Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico em uma clínica satélite em João Pessoa-PB / Renata Karine Pedrosa Ferreira. - João Pessoa, 2021.
26 f. : il.

Orientação: Pablo Rodrigues Costa Alves.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Insuficiência renal crônica. 2. Qualidade de vida.
3. Diálise renal. I. Alves, Pablo Rodrigues Costa. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 616.61(043.2)

FERREIRA, Renata Karine Pedrosa. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico em uma clínica satélite em João Pessoa-PB. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de Médico. João Pessoa, 2021.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Ms. Pablo Rodrigues Costa Alves

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Julgamento: APROVADO

Assinatura:



Prof. Dr. Jacicarlos Lima de Alencar

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Julgamento: APROVADO

Assinatura:



Profa. Dra. Cristianne da Silva Alexandre

Instituição: Hospital Universitário Lauro Wanderley

Julgamento: APROVADO

Assinatura:

cristianne da silva
alexandre:201329444

Assinado de forma digital por
cristianne da silva
alexandre:201329444
Dados: 2021.05.11 17:40:20 -03'00'

*A minha mãe, Maria de Lourdes Pedrosa da Silva,
meu maior exemplo de luta e perseverança.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de amor e graça, por toda misericórdia e proteção.

Aos meus pais, Maria de Lourdes e Robson pela dedicação incondicional. Ao meu irmão Junior, por toda cumplicidade, afeto e amor. Aos demais familiares que, mesmo distantes fisicamente durante o curso, se fizeram presentes em todos momentos me dando apoio inestimável.

Aos amigos da faculdade e da vida, por terem compartilhado a caminhada sendo fonte de apoio e carinho durante toda essa trajetória.

Ao meu orientador, professor e amigo, Pablo Rodrigues meu maior exemplo de médico, por toda disponibilidade, paciência e dedicação em ajudar na minha formação como profissional e ser humano.

Respeitosamente, agradeço aos pacientes portadores de doença renal crônica terminal. Espero que esse trabalho possa trazer alguma contribuição para melhorar a qualidade de vida de todos vocês.

À Universidade Federal da Paraíba pelo acolhimento e aprendizado, e também por me permitir conhecer profissionais excepcionais.

A todos, meu carinho e gratidão.

RESUMO

FERREIRA, Renata Karine Pedrosa. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico em uma clínica satélite em João Pessoa-PB. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de Médico. João Pessoa, 2021.

A Doença Renal Crônica é uma patologia que se destaca no cenário epidemiológico, devido as suas crescentes taxas de incidência e prevalência. Alterações impostas pela doença e seu tratamento, comprometem de forma significativamente a qualidade de vida (QDV) dos pacientes afetados. O objetivo do trabalho é avaliar a QDV de pacientes com DRC submetidos a hemodiálise (HD). Trata-se de um estudo transversal, com 48 pacientes em programa regular de HD na Clínica do Rim, João Pessoa – Paraíba. Foram aplicados questionários de dados sociodemográficos, socioeconômico, antecedentes clínicos-patológicos e o KDQOL-SF™1.3 (Kidney Disease Quality of Life - Short Form 1.3). Realizaram-se análises descritivas e aplicados os teste de Correlação de Spearman, considerando nível de significância de 0,05. Dentre os indivíduos, 24 (50%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 60 anos (DP 14,7) e a maioria não exercia atividade remunerada (72,9%). Os menores escores obtidos foram nas dimensões Função física (45,31; DP 39,16), Peso/Sobrecarga da Doença Renal (46,61; DP 24,08) e Saúde Geral (46,68; DP 23,42). As variáveis idade e faltas às sessões de diálise apresentaram correlação negativa de moderada intensidade quando correlacionadas com Função Física ($r = -0,665$; $p < 0,01$) e Peso/Sobrecarga da DRC ($r = -0,419$; $p = 0,03$), respectivamente. Essas informações podem auxiliar na condução de uma abordagem clínica individualizada e centrada na pessoa.

Palavras-chaves: Insuficiência renal crônica. Qualidade de vida. Diálise renal.

ABSTRACT

FERREIRA, Renata Karine Pedrosa. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico em uma clínica satélite em João Pessoa-PB.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de Médico. João Pessoa, 2021.

Chronic Kidney Disease is a pathology that stands out in the epidemiological scenario, due to its increasing incidence and prevalence rates. Changes imposed by the disease and its treatment significantly compromise the quality of life (QOL) of affected patients. The objective of the work is to evaluate the QOL of patients with CKD undergoing hemodialysis (HD). This is a cross-sectional study with 48 patients in a regular HD program at Clínica do Rim, João Pessoa-Paraíba. Questionnaires of sociodemographic, socioeconomic, clinical-pathological background and KDQOL-SFTM 1.3 (Kidney Disease Quality of Life - Short Form 1.3) questionnaires were applied. Descriptive analyzes were performed and Spearman's Correlation tests were applied, considering a significance level of 0.05. Among the individuals, 24 (50%) were female. The average age was 60 years old (SD 14.7) and the majority did not engage in paid work (72.9%). The lowest scores obtained were in the dimensions Physical function (45.31; SD 39.16), Weight / Burden of Kidney Disease (46.61; SD 24.08) and General Health (46.68; SD 23.42). The variables age and absences from dialysis sessions showed a negative correlation of moderate intensity when correlated with Physical Function ($r = -0.665$; $p < 0.01$) and CKD Weight / Overload ($r = -0.419$; $p = 0.03$), respectively. This information can assist in conducting an individualized and person-centered clinical approach.

Keywords: Chronic renal failure. Quality of life. Renal dialysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados sociodemográficos referentes aos pacientes que realizam HD na Clínica do Rim, João Pessoa PB 2020	14
Tabela 2: Escores das variáveis do KDQOL- SF 1.3 para pacientes em Hemodiálise em João Pessoa- PB 2020	17
Tabela 3: Correlação entre os menores escores de QDV e demais variáveis do estudo	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CCM	Centro de Ciências Médicas
CDL	Cateter de longa duração
CDR	Clínica do Rim
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DC	Doença coronariana
DM	Diabetes mellitus
DP	Desvio padrão
DRC	Doença renal crônica
FAV	Fístula arteriovenosa
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HD	Hemodiálise
IC	Insuficiência cardíaca
IRC	Insuficiência renal crônica
KDQOL SF 1.3	Kidney Disease and Quality of Life Short-Form
PB	Paraíba
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
QDV	Qualidade de vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	10
2 - MÉTODOS	12
3 - RESULTADOS.....	14
4 - DISCUSSÃO	21
5 - CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis aliadas ao envelhecimento populacional se configuram entre os principais desafios enfrentados pelos sistemas de saúde atualmente. Neste cenário epidemiológico, a Doença Renal Crônica (DRC) se destaca em virtude do aumento exponencial de casos registrados nas últimas décadas (SBN, 2018) e da elevada morbimortalidade associada e do aumento de gastos. Além disso, a DRC e seu tratamento trazem mudanças que impactam negativamente a qualidade de vida, tanto de seus portadores como dos familiares (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018).

A DRC é definida pela presença de lesão renal ou uma taxa de filtração glomerular estimada menor que $60 \text{ mL/min/1,73m}^2$, por três ou mais meses, independentemente da causa da lesão do parênquima renal (KDIGO, 2012). Entre as principais causas da DRC destacam-se, no Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) (SBN, 2018). Nos estágios iniciais a DRC é, frequentemente, manejada de forma conservadora. Todavia, no estágio mais avançado, caracterizado por uma taxa de filtração glomerular estimada menor que $15 \text{ mL/min/1,73m}^2$, muitas vezes torna-se necessário o início da terapia renal substitutiva (TRS) nas modalidades hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal (KDIGO, 2012; ROBINSON et al., 2016).

No Brasil, pacientes que necessitam de TRS frequentemente são submetidos a hemodiálise (HD), sendo este o método de depuração renal predominante no país, adotado para cerca de 92% dos pacientes (SBN, 2018). A pessoa com DRC em diálise convive diariamente com limitações e restrições impostas pela doença e pela continuidade das sessões do tratamento, que na maioria das vezes ocorre três a quatro vezes por semana, com uma média de quatro horas de duração. Diversos fatores como: restrições dietéticas, polifarmácia, restrições físicas, mudança nos hábitos de vida, declínio da função sexual e sobrecarga emocional acabam exacerbando sintomas físicos e emocionais que contribuem para o comprometimento da qualidade de vida destes pacientes (DOMINGUES DOS SANTOS et al., 2014). Neste sentido, vale destacar que a qualidade de vida vai além da ausência de doenças, mas trata-se de um conceito multidimensional que inclui repercussões nos aspectos físico, psicológico, social e ambiental dos indivíduos (OLIVEIRA et al., 2016).

A forma como os pacientes lidam com as dificuldades trazidas pela DRC pode direcionar seus comportamentos, comunicações e práticas cotidianas, contribuindo para a adesão ao tratamento, e consequentemente afetando o desfecho clínico. Neste sentido, a

avaliação da QVD permite identificar os fatores ou esferas da vida prejudicadas para subsidiar intervenções que visem melhorar as condições de vida e de saúde dos pacientes com DRC.

O presente estudo objetivou mensurar a QDV de pessoas com DRC em HD em uma clínica satélite na Paraíba, identificando a associação entre as características psicológicas e físicas com seus dados clínicos e socioeconômicos.

2 MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, de natureza quantitativa, realizado em uma clínica particular localizada na cidade de João Pessoa na Paraíba. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos local (CAAE 12881219.3.0000.8069).

Após a apresentação dos objetivos do estudo aos potenciais participantes e mediante os devidos esclarecimentos, foi solicitado consentimento aos participantes, efetivado por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2016).

Foram incluídos pacientes com 18 anos ou mais, em programa de hemodiálise há pelo menos três meses e com preservação do estado cognitivo. Foram excluídos pacientes que não atendiam os critérios referidos e aqueles que não desejaram participar do estudo.

O número total de adultos incluídos no programa de tratamento regular de HD atendidos pela clínica era de 68 indivíduos. Destes, apenas oito foram excluídos da amostra por não se encaixarem nos critérios de inclusão do estudo e quatro pacientes se recusaram a responder o questionários. Outros oito pacientes não participaram, pois: cinco faleceram, dois foram transferidos e um realizou transplante renal, durante a realização do estudo. Desta forma, a amostra final foi composta por 48 participantes.

O período de coleta de dados desse estudo ocorreu entre janeiro de 2019 a março de 2020, pela técnica de entrevista. A aplicação dos questionários se deu durante as sessões de HD, com auxílio dos pesquisadores para facilitar o entendimento dos pacientes, e tiveram duração média de 25-35 minutos.

O desfecho de interesse foi QDV, medida através de um instrumento específico de aferição em pacientes submetidos a terapia hemodialítica, o Kidney Disease and Quality of Life Short-Form, version 1.3 (KDQOL-SFTM 1.3). O questionário é validado no Brasil e é composto por 80 itens, que incluem o instrumento genérico Item Short Form Health Survey – 36 (SF-36), mais 43 itens específicos para DRC. Seus resultados são analisados através de 19 escalas ou domínios, dentre elas oito referentes ao SF-36 (função física, aspecto físico, dor, saúde geral, bem-estar emocional, aspectos emocionais, aspectos sociais e fadiga/energia) e 11 específicas para DRC (lista de sintomas/problemas, efeitos da doença renal, papel profissional, função cognitiva, qualidade de interação social, função sexual, sono, apoio social, estímulo por parte da equipe de hemodiálise e satisfação do paciente). O item contendo uma escala variando

de 0 a 10 para avaliação da saúde em geral é computado a parte. O instrumento é autoaplicável e o escore final varia de 0 a 100, no qual o valor 0 refere uma pior QDV e próximos de 100 uma melhor QDV. Pontuações mais altas correspondem a melhores percepções de QDV (DUARTE et al., 2003).

Os participantes do estudo responderam ao questionário sociodemográfico, em que as perguntas são relacionadas à identificação de dados pessoais importantes, tais como: idade, sexo, estado civil, religião, portador de deficiência, serviço público ou privado, atividades profissionais, acadêmicas, esportivas ou artísticas, deslocamento para as sessões de hemodiálise, quantidade de sessões e o tempo gasto.

O questionário de antecedentes clínicos patológicos foi composto por perguntas relacionadas com o tempo diagnóstico da doença renal, tempo de tratamento hemodialítico e doenças crônicas. Além disso, em relação ao retrospecto psiquiátrico do paciente questionou se há algum diagnóstico psiquiátrico prévio, quando foi diagnosticado, uso de remédios psicotrópicos e acompanhamento em saúde mental.

Aos entrevistados foram atribuídas classes específicas segundo a sua situação socioeconômica de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil 2015, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), sendo eles divididos em classe A, B1, B2, C1, C2 classes D-E.

Os dados foram tabulados e organizados em uma planilha do Excel, sendo realizada uma estatística descritiva com apresentação de frequências percentuais e absolutas. As divisões do KDQOL-SFTM 1.3 foram apresentadas em médias e medianas por não se encaixarem numa distribuição normal.

Foi utilizado o teste de *correlação de Spearman* para analisar a relação entre os escores médios de QDV e as variáveis sociodemográficas e econômicas. Assim, por meio da estimativa do coeficiente r , pode-se determinar presença ou ausência de correlação. Os valores que r assume variam de +1 a -1, indicando correlação positiva ($r > 0$), negativa ($r < 0$) ou ausente ($r = 0$). Valores de r variando entre 0 a 0,19 indicam que a correlação é considerada muito fraca; já os valores de 0,2 a 0,39 indicam correlação fraca; valores entre 0,4 a 0,69 indicam correlação moderada; valores entre 0,7 a 0,89 indicam correlação forte e, por fim, valores $> 0,9$ indicam correlação muito forte (BABA; VAZ; DA COSTA, 2014).

A análise dos dados foi realizada no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Para todas as análises, foi adotado o índice de significância de 0,05.

3 RESULTADOS

Dos 48 pacientes entrevistados, 24 (50%) eram do sexo feminino e 24 (50%) eram do sexo masculino. A média de idade encontrada foi de 60 anos (DP 14,7). Em relação ao estado civil, 28 (58,3%) são casados, nove (18,7%) viúvos, oito (16,7%) divorciados, dois (4,1%) união estável e um (2%) solteiro.

A classificação da ABEP (Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa) é um padrão de classificação socioeconômica, realizada com base nos domicílios. Entre os paciente pesquisados, seis (12,5%) corresponderam a classe A, 13 (27,8%) B1, 16 (33,3%) a B2, sete (14,5%) a C1, três (6,2%) a classe C2 e um (2,1%) corresponde a classe D-E.

Os pacientes foram questionados acerca das atividades realizadas diariamente. A maior parte dos entrevistados não exerciam atividade remunerada (n = 35; 72,9%). Em relação a ocupação no momento, 14 (29,1%) eram aposentados, 21 (43,8%) declararam não possuir ocupação, três (6,3%) são empresários, dois (4,2%) professores e dois (4,2%) funcionários públicos. Em relação a atividade acadêmica, 45 (93,7%) referiram não exercer qualquer atividade no momento. O grau de escolaridade mais frequente foi o ensino superior completo (n = 23; 47,9%) seguido por ensino médio completo (n = 9; 18,7%). Quanto às atividades artística e física de rotina, 40 (83,3%) e 30 (62,5%), respectivamente, não as realizavam.

No que diz respeito a religiosidade, 45 (93,7%) declararam possuir alguma religião, sendo a mais frequente a católica (n = 31; 64,6%), seguida por protestantes (n = 8; 16,7%). Desses, 36,4% (17) das pessoas compareceram à atividade religiosa mais do que 20 vezes nos últimos 12 meses, 11 (22,9%) pessoas compareceram uma a duas vezes nos últimos 12 meses, e seis (12,5%) compareceram 11 a 20 vezes. Para melhor visualização do perfil socioeconômico, os dados estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1- Dados sociodemográficos referentes aos pacientes que realizam hemodiálise na Clínica do Rim, João Pessoa PB 2020

	NÚMERO	(%)	n
SEXO			
Masculino	24	50%	48
Feminino	24	50%	48
ESTADO CIVIL			
Casados	28	58,3%	48

Viúvos	9	18,8%	48
Divorciados	8	16,7%	48
União estável	2	4,1%	48
Solteiro	1	2,1%	48

CLASSIFICAÇÃO ABEP

Classe A	6	13,0%	46
Classe B1 e B2	29	63,1%	46
Classe C1 e C2	10	21,7%	46
Classe D e E	1	2,2%	46

OCUPAÇÃO

Aposentados	14	29,2%	48
Não possui ocupação	21	43,8%	48
Empresário	3	6,3%	48
Professores	2	4,2%	48
Funcionário público	2	4,2%	48

ATIVIDADE ACADÊMICA

Exercem atividade	3	6,3%	48
Não exercem atividade	45	93,7%	48

ESCOLARIDADE

Ensino fundamental incompleto	3	6,5%	46
Ensino médio incompleto	4	8,7%	46
Ensino médio completo	9	19,6%	46
Ensino superior incompleto	5	10,9%	46
Ensino superior completo	23	50%	46
Pós graduação	2	4,3%	46

ATIVIDADE ARTÍSTICA

Sim	8	16,7%	48
Não	40	83,3%	48

RELIGIÃO

Sim	45	93,7%	48
Não	3	6,3%	48

ATIVIDADE FÍSICA

Sim	18	37,5%	48
Não	30	62,5%	48

Fonte: Autores, 2021.

Foi observada uma média de 6,1 anos (DP 5,44) de diagnóstico da DRC, com média de 35 meses (DP 26,9) de tratamento hemodialítico. O tempo médio gasto com o tratamento diariamente, incluindo o deslocamento para o serviço, foi de aproximadamente 4,37 horas (DP 2,1) variando pela frequência que os pacientes realizam as sessões, sendo mais frequente aqueles que realizam hemodiálise três vezes na semana (n = 19; 39,6%), seguida por aqueles que realizavam hemodiálise diariamente (n = 12; 25%). A maioria dos pacientes (n = 38; 79,1%) ainda informaram utilizar o transporte particular como meio de locomoção para as sessões de HD. A via de acesso mais utilizada para a realização da diálise foi a fístula arteriovenosa (FAV) em 26 (54,1%) pacientes, seguida pelo cateter de longa duração (CDL) (n = 18; 37,5%) e cateter de curta duração (n = 2; 4,1%). Apenas 25 (52%) pacientes afirmaram estar inscritos na fila de transplante renal. Dos indivíduos, 36 (75%) dos pacientes relataram nunca terem faltado uma sessão de hemodiálise, nove (18,7) faltaram menos de uma vez no mês, dois (4,2%) faltaram pelo menos uma vez na semana e 1 (2,1%) menos de uma vez na semana.

As queixas de intercorrências durante a terapia foram relatadas por todos (100%) os pacientes, dentre elas podemos destacar por ordem decrescente de frequências: hipotensão (n = 23; 47,9%); câimbras (n = 19; 39,6%); hipertensão (n = 15; 31,2%); hipoglicemia (n = 15; 31,2%); cefaleia (n = 12; 25%); coceira (n = 10; 20,8%); náuseas/vômitos (n = 9; 18,7%); infecção de CDL ou FAV (n = 4; 8,3%); e dor torácica (n = 3; 6,3 %).

Quando abordados sobre a frequência das intercorrências, 20 (41,7%) afirmaram apresentar menos de um episódio por mês, nove (18,8%) pessoas afirmaram ter menos de um episódio por semana, duas (4,2%) relataram pelo menos uma intercorrência por semana e quatro (8,3%) pelo menos uma vez por diálise.

Em relação aos antecedentes patológicos, HAS, DM, doença coronariana (DC), ansiedade e dor crônica foram as mais prevalentes, alcançando taxas de 75% (36), 35,4 % (17),

20,8% (10), 17% (8) e 17% (8), respectivamente. A prevalência de pacientes com algum tipo de deficiência foi de 10,5% (5), sendo a mais frequente algum grau de deficiência visual (n = 3; 6,2%). Foram relatados pelo menos uma internação no último ano por 21 (43,7%) pessoas, com média de 6,4 (DP 10,7) dias de internação. O uso de drogas foi observado em 11 (22,9%) pessoas, sendo o álcool e o tabaco os mais prevalentes com 10 (20,8%) e dois (4,2%), respectivamente. Em relação ao número de comprimidos ingeridos diariamente por esses pacientes, foi observada uma média de consumo de 8,7 (DP 5,75) comprimidos por dia.

Apenas oito (16,7%) pacientes informaram ter contato com profissionais de saúde mental e quatro (8,3%) declararam possuir algum diagnóstico psiquiátrico. O uso de substâncias psicotrópicas foi relatado por 19 (39,6%) participantes, destes 11 (57,9%) fazem uso de benzodiazepínicos e seis (31,6%) usam zolpidem.

Em relação à qualidade de vida, para cada uma das 19 dimensões do KDQOL SF 1.3 foram calculados os valores de média, mediana e desvio padrão que estão descritos na Tabela 2. Os valores para todas as dimensões variam de 0 a 100 (maior escore significa uma melhor qualidade de vida).

Tabela 2- Escores das variáveis do KDQOL- SF 1.3 para pacientes em HD em João Pessoa-PB 2020

DOMÍNIOS	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	n
Lista de sintomas/ problemas	80,30	83,33	17,91	48
Efeitos da doença renal	68,75	71,88	18,43	48
Peso/sobrecarga da doença renal	46,61	50,00	24,08	48
Situação ocupacional	56,25	50,00	32,00	48
Função cognitiva	86,25	93,33	16,41	48
Qualidade da interação social	76,94	83,33	19,05	48
Função sexual	91,67	100,00	11,34	18
Sono	70,52	70,00	18,17	48
Apoio social	65,28	66,67	34,01	48
Incentivo da equipe de diálise	81,77	75,00	18,76	48
Satisfação do paciente	67,01	66,67	19,60	48
Aspectos físicos	59,27	60,00	28,55	48
Função física	45,31	50,00	39,16	48

Dor	71,09	77,50	25,06	48
Saúde geral	46,88	47,50	23,42	48
Bem- estar emocional	60,50	56,00	19,33	48
Aspectos emocionais	63,19	100,00	43,07	48
Aspectos sociais	70,57	75,00	24,66	48
Energia/ fadiga	63,23	70,00	22,37	48

Fonte: Autores 2021

Percebe-se que o maior escore alcançado foi a Função Sexual (91,67; DP 11,34), seguido da Função Cognitiva (86,25; DP 16,41), Incentivo da Equipe de Diálise (81,77; DP 18,76), Lista de sintomas/ problemas (80,3; DP 17,91) e Qualidade da Interação Social (76,94; DP 19,05). Os menores escores obtidos foram relativos às dimensões Função Física (45,31 DP 39,16), Peso/Sobrecarga da Doença Renal (46,61; DP 24,08), Saúde Geral (46,68; DP 23,42) e Situação Ocupacional (56,25; DP 23,42).

O item “Avaliação da saúde em geral” apresenta uma escala de 0 a 10, onde 0 significa a pior saúde possível; cinco é o meio termo entre o pior e a melhor saúde e 10 é considerada a melhor possível. Os resultados mostraram que entre a população estudada, apenas um (2,1%) paciente respondeu 0; 12 (25%) responderam cinco e três (6,3%) responderam 10. O número mais assinalado entre os indivíduos entrevistados foi o oito (n = 14; 29,2%).

A relação entre as dimensões com menor escore de QDV do instrumento KDQOL SF 1.3 encontradas no presente estudo com as variáveis sociodemográficas e econômicas foram analisadas utilizando o Coeficiente de *Correlação de Spearman* (Tabela 3).

Tabela 3- Correlação entre os menores escores de QDV e demais variáveis do estudo

	Função Física	p	Peso/Sobrecarga Da DRC	p	Saúde geral	p
Idade	-0,665 ^a	0,001*	-0,345 ^a	0,016*	-0,239 ^a	0,103
Tempo de diagnóstico DRC	0,067 ^a	0,652	0,251 ^a	0,089	-0,079 ^a	0,596
Tempo gasto HD	0,137 ^a	0,355	0,105 ^a	0,481	-0,022 ^a	0,884
Companheiro sim/não	-0,268 ^a	0,06	-0,239 ^a	0,102	-0,242 ^a	0,098
Escolaridade	-0,009 ^a	0,954	0,182 ^a	0,226	0,071 ^a	0,638
Religião	-0,006 ^a	0,966	0,207 ^a	0,157	0,031 ^a	0,833
Atividade remunerada	0,215 ^a	0,141	-0,313 ^a	0,03*	-0,331 ^a	0,022*
Frequência atividade física	0,269 ^a	0,064	0,189 ^a	0,199	0,207 ^a	0,157
Tempo de HD	-0,137 ^a	0,355	-0,065 ^a	0,662	-0,229 ^a	0,117

Frequência de HD	0,186 ^a	0,205	0,298 ^a	0,04*	0,197 ^a	0,181
Internação sim/não	0,158 ^a	0,288	-0,209 ^a	0,158	0,019 ^a	0,899
Quantidade de internação	-0,182 ^a	0,220	0,117 ^a	0,434	-0,037 ^a	0,804
Duração da internação	-0,165 ^a	0,268	0,218 ^a	0,141	0,024 ^a	0,871
Tipo de Acesso	-0,367 ^a	0,011*	-0,098 ^a	0,512	-0,103 ^a	0,492
Infecção de CDL/FAV	0,166 ^a	0,258	0,173 ^a	0,238	-0,172 ^a	0,242
Faltas sessão HD	-0,193 ^a	0,189	-0,419 ^a	0,003*	-0,365 ^a	0,011*
Fila para transplante	0,169 ^a	0,257	0,113 ^a	0,451	0,09 ^a	0,548
Comprimido por dia	0,024 ^a	0,876	-0,206 ^a	0,175	-0,263 ^a	0,081
Medicação psiquiátrica	0,142 ^a	0,337	0,125 ^a	0,398	0,357 ^a	0,013*
IC	0,278 ^a	0,056	0,281 ^a	0,053	0,330 ^a	0,022*
DPOC	0,311 ^a	0,031*	0,201 ^a	0,170	0,305 ^a	0,035*
Dor crônica	0,158 ^a	0,284	0,122 ^a	0,407	0,298 ^a	0,04*
ABEP	-0,066	0,661	0,192 ^a	0,202	-0,029 ^a	0,848

a Coeficiente de Correlação de Spearman

*p < 0,05

Legenda: DRC – Doença Renal Crônica; HD - hemodiálise; CDL - Cateter de longa duração; FAV – Fístula arteriovenosa; ABEP – Classificação Socioeconômica segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Fonte: Autores 2021

Em relação ao domínio Função Física, onde foi encontrado o menor escore no estudo, o coeficiente de correlação apresentou resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$) nas seguintes variáveis: idade, tipo de acesso vascular e DPOC. Foram encontradas correlações negativas entre as variáveis: idade ($r = -0,665$; $p < 0,01$) e acesso vascular ($r = -0,367$; $p = 0,011$). A variável DPOC apresentou correlação positiva ($r = 0,311$; $p = 0,031$). Dentre elas, apenas a correlação com a idade foi considerada de moderada intensidade (r entre 0,4 a 0,69), sendo as demais consideradas de fraca intensidade (r entre 0,2 a 0,39).

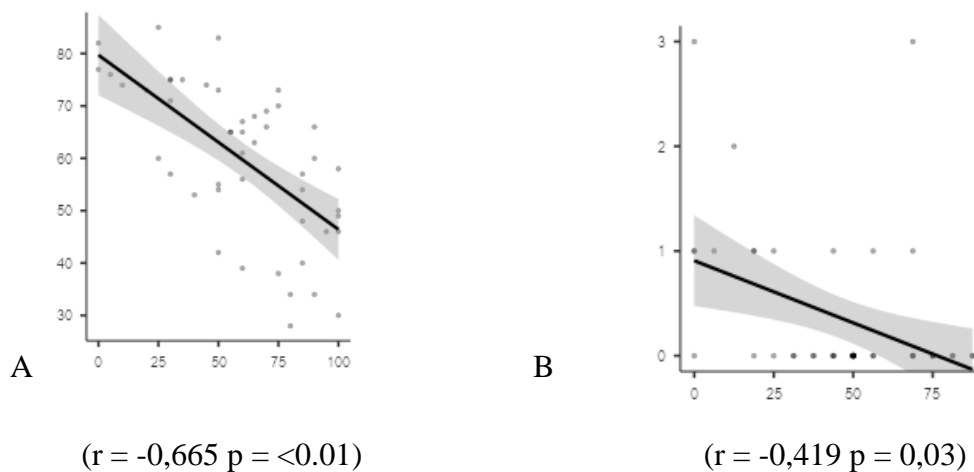
No domínio Peso/Sobrecarga da DRC, segundo menor do estudo, o coeficiente de correlação apresentou resultado estatisticamente significativo entre as variáveis: idade, faltas, frequência de hemodiálise e atividade remunerada. A correlação com frequência de hemodiálise foi considerada positiva ($r = 0,298$; $p = 0,04$). Já correlação negativa foram encontradas com as variáveis idade ($r = -0,345$; $p = 0,016$), atividade remunerada ($r = -0,313$; $p = 0,03$) e faltas ($r = -0,419$; $p = 0,03$). Dentre elas, apenas a correlação com faltas é considerada de moderada intensidade (r entre 0,4 a 0,69), sendo as demais consideradas de fraca intensidade (r entre 0,2 a 0,39).

Sobre o domínio Saúde em Geral, o coeficiente de correlação apresentou resultado estatisticamente significativo com correlação positiva entre: insuficiência cardíaca ($r = 0,330$;

$p = 0,02$), dor crônica ($r = 0,298$; $p = 0,04$), DPOC ($r = 0,305$; $p = 0,03$) e medicações psiquiátricas ($r = 0,357$; $p = 0,01$). Já correlação negativa foi encontrada com atividade remunerada ($r = -0,331$; $p = 0,02$) e faltas ($r = -0,365$; $p = 0,01$). Neste domínio, todas foram consideradas de fraca intensidade (r entre 0,2 a 0,39).

Os domínios que apresentaram correlações estatisticamente significativas com coeficientes de moderada intensidade estão representados em diagramas de dispersão, presentes no Gráfico 1.

Gráfico 1- Correlação função física e idade (A); Peso/Sobrecarga da DRC e faltas às sessões de HD (B); através do *Coeficiente de correlação de Spearman*



Fonte: Autores 2021

4 DISCUSSÃO

As áreas com níveis mais baixos de QDV foram relativos às dimensões: Função Física (45,31; DP 39,16), Peso/Sobrecarga da Doença Renal (46,61; DP 24,08) e Saúde Geral (46,68; DP 23,42). Outros estudos que avaliaram a QDV em pacientes submetidos a HD, através do KDQOL SF 1.3, também revelaram comprometimento nesses domínios (CAVALCANTE et al., 2013; CORDEIRO, 2006; MOREIRA et al., 2009; POERSCH et al., 2016). Além disso, observou-se uma relação inversamente proporcional entre os domínios Função Física e Peso/Sobrecarga da doença renal com idade e faltas às sessões de diálise, respectivamente.

Na dimensão Função Física são avaliadas as limitações no tipo e na quantidade de trabalho desempenhado pelo paciente, assim como, atividades habituais e corriqueiras, todas relacionadas aos aspectos físicos (HAYS, 1995). Este domínio foi o que apresentou pior escore de QDV e uma relação inversamente proporcional com a idade dos pacientes ($r = -0,665$ $p < 0.01$). Desta forma, entende-se que pacientes com idade mais elevada apresentaram escores mais baixos neste domínio e tiveram mais dificuldade para realizar atividades laborativas e/ou habituais. Isso pode ser justificado devido às modificações na condição de saúde decorrentes do próprio processo de envelhecimento, apresentando consequências maiores quando associadas à doença e ao tratamento (KUSUMOTO et al., 2008).

Além disso, como relatado por Silva et al., após as sessões de HD é comum a presença de sintomas como cansaço, mal-estar, fadiga, fraqueza e náuseas, situações que acabam dificultando a realização de atividades cotidianas. Limitações em decorrência da doença para andar, correr, carregar peso, subir escadas, também contribuíram para o baixo escore no domínio Função Física (SILVA et al., 2017). Segundo Carreira e Marcon, são necessárias cerca de duas horas após as sessões para os pacientes se recuperarem dos sintomas imediatos do tratamento. Estes autores associaram a presença de sintomas físicos à dificuldade de manter o emprego. A imposição de limitações laborais também se faz sentir pela presença compulsória dos pacientes cerca de três vezes por semana na unidade de HD por períodos de quatro horas por sessão, sem perspectiva de suspensão do tratamento (CARREIRA; MARCON, 2003). Para Cavalcante et al., o contexto do tratamento isoladamente ou em associação aos sintomas físicos pode contribuir para percepção da sobrecarga da doença (CAVALCANTE et al., 2013).

O domínio Peso/Sobrecarga da doença renal avalia a extensão na qual a doença causa frustração e interferência na vida do paciente. Compreende questões como tempo gasto com a DRC, interferência da doença na vida diária, decepção ao lidar com a doença e sensação de peso para a família (HAYS, 1995). Este dimensão foi a que apresentou o segundo pior escore

de QDV na população estudada, com uma relação inversamente proporcional com o número de faltas às sessões de diálise ($r = -0,419$ $p = 0,03$). Nesse contexto, os pacientes que apresentam os menores escores nesta dimensão são aqueles que possuem maior sentimento de frustração frente à doença e que detêm um maior número de faltas. Van Manem et al., observou que o maior impacto da HD sobre os pacientes pode ser atribuído ao forte sentimento de sobrecarga e insatisfação devido à doença e à dificuldade de manter o emprego, no contexto de um tratamento que exige muita dedicação e tempo por parte do indivíduo e de seu ciclo social (VAN MANEN et al., 2003).

De acordo com Silva et al., os pacientes renais crônicos, além de enfrentarem os problemas físicos e psicológicos decorrentes da patologia, gastam muito do seu tempo com as sessões de HD e com os cuidados domiciliares necessários, muitas vezes percebendo-se como um incômodo ou peso na vida de seus familiares, o que pode ter contribuído para a baixa média deste Peso/Sobrecarga da doença renal encontrado no estudo. Esses fatores ao contribuírem para o aumento do número de faltas às sessões, corroboram com desfechos clínicos insatisfatórios (SILVA et al., 2017). Nesse sentido, Silveira et al., afirma que a falta de adesão à terapia hemodialítica cursa com maiores taxas de hospitalização e morbimortalidade (SILVEIRA et al., 2010). A adesão ao tratamento da IRC favorece ao indivíduo uma sessão de HD com menor risco de intercorrências e auxilia na manutenção e no aprimoramento do bem-estar físico, social e psicológico (THOMAS; ALCHIERI, 2005). Sendo assim, a identificação dos fatores que envolvem a adesão terapêutica contribui para uma assistência mais segura, comprometida e menos frustrante para os envolvidos (MALDANER et al., 2008).

Em relação ao domínio Saúde em Geral, o estudo encontrou um escore baixo/intermediário (46,68; DP 23,42), o que também foi encontrado por outros autores (BRAGA, 2009; CANDIA et al., 2017; CORDEIRO, 2006; SILVEIRA et al., 2010). Esse domínio avalia o estado atual e o estado geral de saúde do paciente. Segundo Cavalcante et al., aparentemente, pacientes em HD sentem-se doentes o tempo todo, o que amplifica o impacto da DRC na vida destes indivíduos (CAVALCANTE et al., 2013). Além disso, a DRT reduz consideravelmente o desempenho físico e profissional do paciente, o que gera um impacto negativo sobre a percepção da sua própria saúde (DUARTE et al., 2003).

Na dimensão relacionada a função sexual, observou-se que nem todos os entrevistados se sentiram confiantes e/ou confortáveis para responder as questões, o que caracteriza uma limitação no presente estudo. Os participantes que responderam, contribuíram para a obtenção de um escore elevado (91,67; DP 11,34), o que também foi apontado por outros autores em seus estudos (CAVALCANTE et al., 2013; KUSUMOTO et al., 2008).

Os mais altos escores encontrados foram nas dimensões Função Cognitiva (86,25; DP 16,41), Incentivo da Equipe de Diálise (81,77; DP 18,76), Lista de Sintomas / Problemas (80,3; DP 17,91) e Qualidade da Interação Social (76,94; DP 19,05). De acordo com Hays et.al, o domínio Função Cognitiva avalia se o paciente apresenta dificuldades com a memória ou para se concentrar em alguma tarefa (HAYS, 1995). É válido ressaltar que, o presente estudo apenas inclui pacientes com função cognitiva preservada para responder o questionário. O escore da dimensão Função Cognitiva também apresentou valores altos em outros estudos (BRAGA, 2009; DUARTE et al., 2003; MOREIRA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2016).

Para Apostolou, um adequado sistema de suporte social é elemento de grande importância para o sucesso na diálise, nos quais a família é uma importante unidade desse componente. Os pacientes que realizam HD, quando estão inseridos em um contexto de boas relações familiares e sociais, são geralmente conformados, tolerantes e motivados, o que contribui para uma melhor adesão ao tratamento e consequente melhoria clínica dos indivíduos (APOSTOLOU, 2007).

Dessa forma, identificar correlações entre os fatores biopsicossociais e níveis mais baixos de QDV podem permitir o delineamento de medidas terapêuticas específicas para mitigar o impacto negativo da DRC na vida dos pacientes (CAVALCANTE et al., 2013; ZANESCO et al., 2017). Para Law, alcançar um estado de bem-estar físico e mental é possível, e este pode ser obtido por meio da recuperação da autonomia, das atividades de trabalho, lazer e do senso de utilidade desses indivíduos (LAW, 2002).

5 CONCLUSÃO

Verificou-se que os domínios com os níveis mais baixos de QDV foram Função Física, Peso/sobrecarga da DRC e Saúde em Geral. As variáveis idade e falta às sessões de diálise apresentaram correlação negativa de moderada intensidade quando correlacionadas com Função Física e Peso/Sobrecarga da DRC, respectivamente. Entende-se, desta forma, que as condições clínicas e sociodemográficas podem influenciar negativamente a QDV de pacientes em HD. Essas informações podem auxiliar na condução de uma abordagem clínica individualizada e centrada na pessoa.

REFERÊNCIAS

- ALCALDE, P. R.; KIRSZTAJN, G. M. Expenses of the Brazilian Public Healthcare System with chronic kidney disease. **Jornal brasileiro de nefrologia : 'orgao oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia**, v. 40, n. 2, p. 122–129, 2018.
- APOSTOLOU, T. Quality of life in the elderly patients on dialysis. **International Urology and Nephrology**, v. 39, n. 2, p. 679–683, 2007.
- BABA, R. K.; VAZ, M. S. M. G.; DA COSTA, J. Correção de dados agrometeorológicos utilizando métodos estatísticos. **Revista Brasileira de Meteorologia**, v. 29, n. 4, p. 515–526, 2014.
- BRAGA, S. F. M. **Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Idosos em Hemodiálise em Belo Horizonte-MG**. [s.l: s.n.].
- BRASIL. **Resolução 510, de 07 de abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde, Brasília.**, 2016.
- CANDIA, M. A. B. DE et al. on Hemodialysis Using Kdql Questionnaire Revista Científica UMC. p. 1–11, 2017.
- CARREIRA, L.; MARCON, S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 823–831, 2003.
- CAVALCANTE, M. C. V. et al. Factors associated with the quality of life of adults subjected to hemodialysis in a city in northeast Brazil. **Jornal brasileiro de nefrologia : órgão oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia**, v. 35, n. 2, p. 79–86, 2013.
- CORDEIRO, J. A. B. L. **Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica**. [s.l.] Universidade Federal de Goiás, 2006.
- DOMINGUES DOS SANTOS, G. I. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. **Diagn Tratamento**, v. 19, n. 1, p. 3–9, 2014.
- DUARTE, P. S. et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 375–381, 2003.
- HAYS, RON D; AMIN, NASEEM; ALONSO, J. ET AL. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.2: A Manual for use and scoring. **Santa Monica, CA:RAND**, 1995.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), CKD Work Group. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney Int**, p. (Suppl) 3:1-150, 2013.
- KUSUMOTO, L. et al. WCN 2007 / Nursing Meeting Adultos e idosos em hemodiálise : avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde Adults and elderly on hemodialysis

- evaluation of health related quality of life. **ACTA - Paulista de Enfermagem**, v. 21, p. 152–159, 2008.
- LAW, M. Participation in the occupations of everyday life. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 56, n. 6, p. 640–649, 2002.
- MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica. **Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)**, v. 29, n. 4, p. 647–653, 2008.
- MOREIRA, C. A. et al. Avaliação das propriedades psicométricas básicas para a versão em português do kdqol-sfTM*. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 1, p. 22–28, 2009.
- OLIVEIRA, A. P. B. et al. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. **Jornal brasileiro de nefrologia : 'orgao oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia**, v. 38, n. 4, p. 411–420, 2016.
- POERSCH, R. F. et al. Qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. **Conscientiae Saúde**, v. 14, n. 4, p. 608–616, 2016.
- ROBINSON, B. M. et al. Factors affecting outcomes in patients reaching end-stage kidney disease worldwide: differences in access to renal replacement therapy, modality use, and haemodialysis practices. **The Lancet**, v. 388, n. 10041, p. 294–306, 2016.
- SBN. **Sociedade Brasileira de Nefrologia, Inquérito Brasileiro de Diálise**, 2018.
- SILVA, K. A. L. DA et al. (VER) Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal em tratamento hemodialítico TT - Quality of life of patients with renal failure in hemodialytic treatment. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl.11, p. 4663–4670, 2017.
- SILVEIRA, C. B. et al. [Quality of life of hemodialysis patients in a Brazilian Public Hospital in Belém - Pará]. **Jornal brasileiro de nefrologia : 'orgão oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia**, v. 32, n. 1, p. 37–42, 2010.
- THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. **Aval. psicol**, v. 4, n. 1, p. 57–64, 2005.
- VAN MANEN, J.; KOREVAAR, J.; DEKKER, F. ET AL. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. **J nephrol**, 2003.
- ZANESCO, C. et al. Qualidade de vida em pacientes hemodialíticos: avaliação através do questionário KDQOL-SFTM. **Rev saude**, n. June, 2017.