

Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento

Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence

Autores

Araíê Prado Berger
Oliveira¹

Debora Berger Schmidt¹

Thaís Malucelli Amateeks¹

Jéssica Caroline dos
Santos¹

Luiza Helena Raitz
Cavallet¹

Renate Brigitte Michel²

¹ Fundação Pró-Renal.

² Pontifícia Universidade
Católica do Paraná.

Data de submissão: 30/03/2016.

Data de aprovação: 03/10/2016.

Correspondência para:

Araíê Prado Berger Oliveira.
Fundação Pró-Renal Brasil
Rua Vicente Machado, nº 2190,
Batel, Curitiba, PR, Brasil.
CEP: 80.440-020
E-mail: psicologia@pro-renal.
org.br

DOI: 10.5935/0101-2800.20160066

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica (DRC) acarreta mudanças repentinas no cotidiano dos pacientes, cria limitações para realizar as atividades de vida diária e gera um grande impacto nas emoções e na qualidade de vida (QV) do paciente. **Objetivo:** Compreender a relação entre a QV do paciente em hemodiálise e as taxas de mortalidade, hospitalização e faltas. **Métodos:** Estudo descritivo e prospectivo com 286 pacientes em hemodiálise, mediante aplicação de questionário sociodemográfico, KDQOL SF - 36 e análise de prontuário eletrônico Dialsist. **Resultados:** Idade média de 54,71 ± 14,12 anos, com escore médio de QV de 60,53, tendo como fator mais elevado o encorajamento da equipe de apoio (85,03) e menor em status de trabalho (21,11). Os dias de hospitalização se correlacionaram negativamente aos compostos do instrumento, principalmente no funcionamento físico ($p = 0,000$), escore médio ($p = 0,001$) e bem-estar emocional ($p = 0,005$). As mulheres apresentaram menor QV em escores de papel físico, sintomas/problemas, funcionamento físico, bem-estar emocional, energia fadiga e escore médio ($p \leq 0,05$). O menor escore encontrado foi referente aos pacientes em tratamento entre 1 ano e 7 meses e 5 anos (59,93) e o maior em pacientes com mais de 5 anos e 1 mês (61,39). **Conclusão:** As hospitalizações diminuem a QV do quesito emocional e físico e as faltas estão diretamente relacionadas ao suporte social e à idade. O estudo buscou, por meio dos dados, levantar subsídios para o trabalho dos aspectos que necessitam de estimulação e adaptação na vida dos pacientes, proporcionando um maior equilíbrio na vida do indivíduo.

Palavras-chave: diálise renal; psicologia médica; qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) causes sudden changes in the daily lives of patients, creates limitations to perform activities of daily life and creates a great impact on emotions and quality of life (QOL) of patients. **Objective:** To understand the relationship between QOL of patients on dialysis and mortality rates, hospitalization and absences. **Methods:** A prospective descriptive study with 286 patients on hemodialysis, by applying demographic questionnaire, KDQOL SF-36 and electronic medical record analysis Dialsist. **Results:** The mean age was 54.71 ± 14.12 years, with a mean score of QOL 60.53 having as higher factor encouraging the support team (85.03) and lowest in work status (21.11). The days of hospitalization is negatively correlated to the compounds of the instrument, particularly in physical functioning ($p = 0.000$), mean score ($p = 0.001$) and emotional well-being ($p = 0.005$). Women had lower QOL in physical role scores, symptoms/problems, physical functioning, emotional well-being, energy and fatigue mean score ($p \leq 0.05$). The lowest score was found to be related to treatment of patients in 1 year and 7 months and 5 years (59.93) and higher in patients with more than five years and one month (61.39). **Conclusion:** Hospitalizations decrease QV emotional and physical scores and absences are directly related to social support and age. The study looked through the data raise subsidies for the work of the aspects that need stimulation and adaptation in the lives of patients, providing a better balance in the individual's life.

Keywords: psychology, medical; quality of life; renal dialysis.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC), afecção de caráter progressivo e irreversível, acarreta uma série de desarranjos bioquímicos, clínicos e metabólicos, responsáveis direta ou indiretamente por altas taxas de hospitalização, morbidade e mortalidade. Juntamente ao diagnóstico e tratamento, com seus consequentes impactos fisiológicos e emocionais, diversas perdas acontecem nos âmbitos profissional, social, sexual e psicológico.

As condições clínicas da DRC, somadas às suas repercussões psicossociais, constituem-se como estressores para os pacientes, podendo causar impacto em sua qualidade de vida (QV). A complexidade e a extensão da problemática têm levado muitos autores a desenvolverem estudos com o objetivo de analisar o impacto desta condição (DRC) sobre a QV dos sujeitos acometidos, nos mais diversos aspectos.¹

O termo qualidade de vida (QV) é apresentado com uma ampla dimensionalidade, constituída por aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Analisa-se a capacidade de o indivíduo viver em bem-estar físico, psíquico e social e não somente em ausência de doença e enfermidade.^{2,3} O *World Health Organization Quality of Life Group*⁴ conceitua a QV como:

A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁴ (p. 1405).

Para o presente estudo, foi utilizado o conceito de QV relacionada à saúde em coerência com o instrumento a ser utilizado, o *Kidney Disease Quality of Life Short Form* (KDQOL SF-36), traduzido e adaptado para o Brasil.⁵ A QV no contexto do doente renal crônico refere-se à percepção do paciente sobre sua saúde mental e física, como também à forma como a DRC interfere em suas atividades de vida diária.

A pesquisa teve como objetivo a compreensão da relação entre a QV do paciente em hemodiálise com as taxas de mortalidade, hospitalização e má adesão ao tratamento (medida pelas faltas às sessões de hemodiálise). Para tanto, foram verificadas quais as dimensões do KDQOL SF-36 se relacionaram com essas taxas. Além disso, foram avaliados os índices de QV relacionados com idade, sexo, tempo de tratamento e comparou-se a QV dos pacientes diabéticos e não diabéticos.

A análise da relação entre QV, hospitalizações e mortalidade justifica-se na medida em que

as hospitalizações, além de aumentar os riscos de morbidade e mortalidade,^{6,7} podem agravar dificuldades emocionais e sociais, impactando a QV do doente. Em contrapartida, a literatura indica que baixos escores de QV são preditores de mortalidade em pacientes submetidos à diálise.⁷⁻⁹

A avaliação da QV relacionada ao tratamento e prognóstico de diversas afecções tem se destacado como importante campo de pesquisa. A DRC, em particular, acarreta expressivas mudanças de vida e autopercepção, implicando impactos na QV. Apesar do crescente número de pesquisas envolvendo esta temática, faltam dados relativos à região Sul do Brasil, o que justifica a realização deste estudo.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 286 pacientes renais crônicos em hemodiálise, provenientes de Curitiba, PR, e Região Metropolitana, assistidos pela Fundação Pró-Renal nas quatro clínicas do grupo. A amostra foi obtida por conveniência, calculada baseando-se em erro amostral menor que 5% e nível de confiança de 95% referente à população total.

Foram incluídos os pacientes renais crônicos assistidos pela Fundação Pró-Renal em tratamento hemodialítico. Foram excluídos pacientes de outras cidades que estavam dialisando provisoriamente nas clínicas do grupo, que estavam em trânsito para outras localidades, pacientes com menos de 60 dias de tratamento e com grave comprometimento de cognição ou linguagem.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, e aprovado pelo parecer nº 008004/2015. Todos os participantes da pesquisa foram informados a respeito dos objetivos da pesquisa e firmaram seu interesse voluntário na participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados, sendo eles: um questionário sociodemográfico misto, contendo dados pessoais e questões sobre hábitos de vida; O KDQOL SF-36, instrumento de avaliação de QV para pacientes renais crônicos; O Dialist, sistema de prontuário eletrônico desenvolvido pela Fundação Pró-Renal, no qual foram coletados os dados de mortalidade, hospitalizações e faltas às sessões de hemodiálise.

A amostra foi obtida por conveniência, sendo os questionários aplicados entre os meses de junho a setembro de 2015. Os dados referentes às hospitalizações dos participantes foram quantificados de acordo com informações dos prontuários dos mesmos entre os meses de janeiro a setembro de 2015, pressupondo que as internações prévias à coleta de dados exercem influência em relação ao estado atual do paciente; porém, não foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão entre a data de hospitalização e a data de aplicação do questionário.

Os dados foram agrupados, ordenados e processados pelo *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0, considerando significância estatística para valores de *p* menores do que 5% ($p < 0,05$). O KDQOL SF-36 foi convertido em escores de acordo com as recomendações e tabelas fornecidas pelo do KDQOL *Working Group*.¹⁰

RESULTADOS

A amostra foi constituída por maioria masculina (60,1%), com média de idade de $54,71 \pm 14,12$ anos, maioria (56,7%) brancos(as), com escolaridade predominante de Ensino Fundamental Incompleto (43,6%), sendo 73,2% praticantes de alguma religião. Da população, 69,7% moram com esposo(a) e/ou filho(s), 27,1% tem quatro ou mais filhos, 69,5% têm renda de até três salários mínimos e 88,7% não trabalham mais. A média de dias que os pacientes se encontraram hospitalizados foi de $3,01 \pm 7,43$ e de faltas foi de $3,86 \pm 5,59$. Houve oito óbitos entre os participantes da pesquisa até a conclusão da coleta de dados.

Em relação aos escores de QV, fornecidos pelo instrumento KDQOL SF-36, quanto mais próximos de 100, mais alta é a qualidade de vida do paciente. O escore em relação à QV em geral dos pacientes obteve a média de $60,53 \pm 14,10$. Abaixo é apresentada a tabela com as médias de escores obtidos em cada categoria em ordem decrescente, bem como o desvio padrão (*dp*) (Tabela 1).

Foram correlacionados os dados dos escores obtidos pelo instrumento KDQOL SF-36, com os dias de hospitalizações, faltas e óbitos dos pacientes pesquisados. Os dados sobre dias de hospitalização apresentaram as maiores correlações com os aspectos medidos sobre a QV. Abaixo, a tabela sobre as correlações entre Dias de Hospitalização e Escores de QV (Tabela 2).

TABELA 1 MÉDIAS DOS ESCORES DE QV OBTIDAS COM O INSTRUMENTO KDQOL SF-36

	Média	DP
Encorajamento da Equipe de Apoio	85,03	22,19
Função Cognitiva	80,97	21,81
Satisfação do Paciente	78,22	19,35
Qualidade das interações sociais	77,51	22,98
Suporte Social	75,00	33,54
Lista de Sintomas/Problemas	74,00	18,13
Sono	70,31	21,11
Efeitos da DRC	67,74	22,45
Bem-estar emocional	67,73	24,55
Função Social	67,41	28,07
Overall Health	64,01	23,49
Escore médio	60,53	14,10
Dor	59,91	30,56
Energia/Fadiga	54,78	24,78
Saúde Geral	52,96	22,38
Funcionamento Físico	52,13	29,75
Papel emocional (limitação)	46,86	42,41
Composto Mental	45,65	11,63
Fardo da DCR	42,80	27,25
Composto Físico	38,83	9,81
Papel Físico (limitação)	36,71	39,84
Função Sexual	30,39	43,34
Status de Trabalho	21,11	33,14

DP: desvio padrão; DRC: doença renal crônica.

TABELA 2 CORRELAÇÃO ENTRE DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO E ESCORES ESPECÍFICOS DE QV DO INSTRUMENTO KDQOL SF-36

Correlação com	r	p
Funcionamento Físico	-0,205	0,000
Escore Médio	-0,198	0,001
Energia/fadiga	-0,177	< 0,005
Bem-estar emocional	-0,164	0,005
Composto mental	-0,161	0,01
Limitação do papel emocional	-0,150	0,01
Fardo da DRC	-0,149	< 0,05
Satisfação do paciente	-0,147	< 0,05
Saúde geral	-0,147	< 0,05
Qualidade das interações sociais	-0,137	< 0,05
Encorajamento da equipe de apoio	-0,123	< 0,05
Status de Trabalho	-0,122	< 0,05

Teste de correlação de Pearson. r: nível de correlação; p: significância; DRC: doença renal crônica.

Todos os itens da tabela acima apresentam correlação inversamente proporcional entre os dias de hospitalização e os escores de QV e são significantes para a pesquisa, embora possuam correlação fraca.

As correlações estatisticamente significantes em relação às faltas dos pacientes foram com os escores de suporte social ($r = -0,223$; $p = 0,000$) função cognitiva ($r = -0,116$; $p < 0,05$) e idade ($r = -0,124$; $p < 0,05$). Os dados se apresentam inversamente proporcionais.

Com o número de amostra obtida sobre óbitos ($n = 8$), não é possível fazer uma comparação estatística significativa de médias com os pacientes em tratamento ($n = 278$), entretanto, os dados indicam uma diferenciação de escores nessas duas amostras. Os pacientes que posteriormente foram a óbito obtiveram escores mais baixos em relação ao escore médio de QV, efeitos da DRC, fardo da DRC, funcionamento físico dor e função social. Entretanto, apresentaram escores maiores em relação à função cognitiva e qualidade das interações sociais.

Dentre as causas dos óbitos, três foram diretamente relacionadas às complicações de condições cardíacas (choque cardiogênico, parada cardiorrespiratória, arteriosclerose coronariana). As outras causas foram referentes às complicações em procedimento de transplante renal, choque séptico, choque hipovolêmico, acidente vascular cerebral e neoplasia prostática metastática. Dos oito pacientes que foram a óbito, apenas um não apresentou nenhuma falta em hemodiálise durante os nove meses de coleta e, os demais, apresentaram um intervalo de uma até 12 faltas no mesmo período.

Dentre as correlações obtidas entre os escores de QV, apresentam-se abaixo as que evidenciaram maiores índices de correlação e as mais significantes (Tabela 3).

A correlação com maior índice apresentada acima foi entre os escores de bem-estar emocional e função social, seguida da correlação entre bem-estar emocional e saúde geral, bem-estar emocional e sintomas/problemas, bem-estar emocional e dor, saúde geral e qualidade das interações sociais, encorajamento da equipe de apoio e composto mental.

Os escores de QV, ao serem correlacionados com a idade dos pacientes, apresentaram duas correlações positivas e três negativas. Dentre as positivas, estão: efeitos da DRC ($r = 0,189$; $p = 0,001$) e suporte social ($r = 0,156$; $p < 0,01$). Compreende-se, desta forma, que quanto maior a idade do paciente, maior sua QV

TABELA 3 CORRELAÇÃO OS ESCORES ESPECÍFICOS DE QV DO INSTRUMENTO KDQOL SF-36

Correlação entre escores		r	p
Bem-estar emocional	Função Social	0,534	< 0,001
Bem-estar emocional	Saúde Geral	0,430	< 0,001
Bem-estar emocional	Sintomas/ Problemas	0,425	< 0,001
Bem-estar emocional	Dor	0,386	< 0,001
Saúde Geral	Qualidade das Interações Sociais	0,336	< 0,001
Encorajamento da equipe de apoio	Composto mental	0,282	< 0,001

Teste de correlação de Pearson. r: nível de correlação, p: significância.

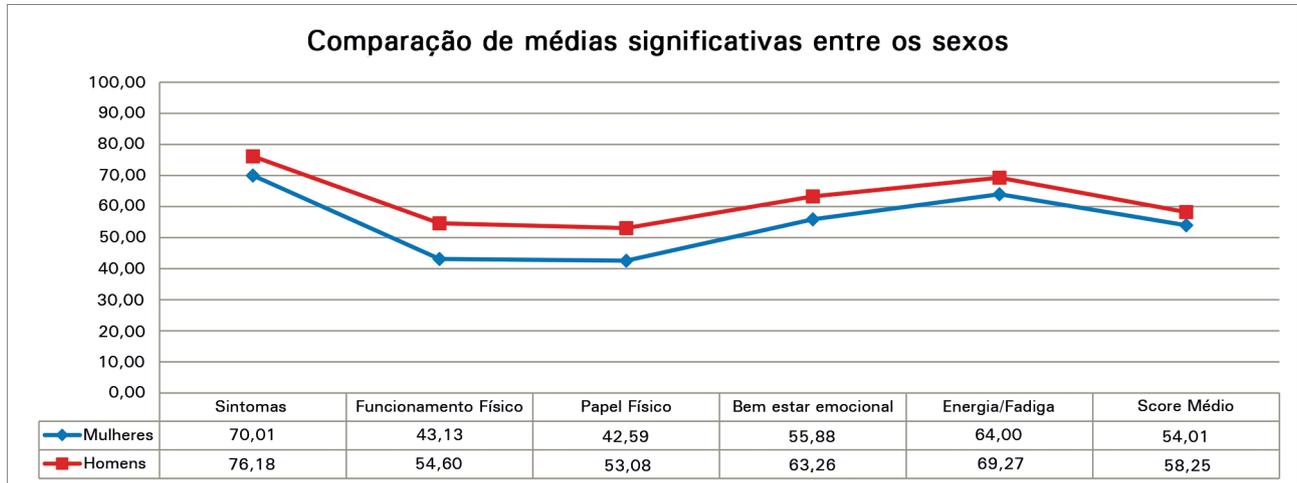
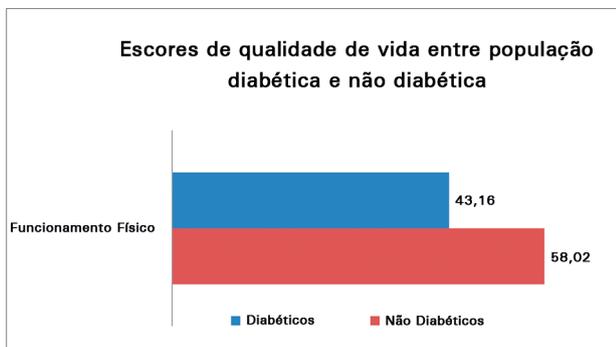
em respeito ao suporte social e aos efeitos da DRC. Os dados de correlação inversamente proporcionais, ou negativos, foram em função do funcionamento físico ($r = -0,180$ $p < 0,005$), do composto físico ($r = -0,132$; $p < 0,05$) e às faltas, como anteriormente apresentado.

Na comparação entre médias dos escores entre os sexos, as mulheres obtiveram escore menor em 19 das 22 categorias avaliadas, ficando com o escore de QV acima aos dos homens somente em relação aos efeitos da doença renal (M: 66,73; H: 65,64), ao fardo da doença renal (M: 38,99; H: 37,74) e à satisfação do paciente (M: 66,02; H: 62,56). Portanto, na média de QV as mulheres obtiveram um escore total menor do que os homens (M: 54,01; H: 58,24).

Os grupos apresentam comparações estatisticamente significantes ($p < 0,05$ para todas as comparações) em relação ao papel físico, a respeito de sintomas/problemas, funcionamento físico, bem-estar emocional, energia fadiga e escore médio. O gráfico a seguir apresenta a comparação das médias consideradas estatisticamente significantes entre os grupos (Figura 1).

Dos pacientes respondentes da pesquisa, 39,44% são diabéticos, sendo deles 56,14% homens. Na comparação entre os escores de QV entre população diabética e não diabética, apenas o escore de funcionamento físico se mostrou significativo estatisticamente (Figura 2).

Para os pacientes diabéticos, o escore médio relacionado ao funcionamento físico ficou em 43,16 e para os pacientes não diabéticos 58,02 ($p = 0,000$).

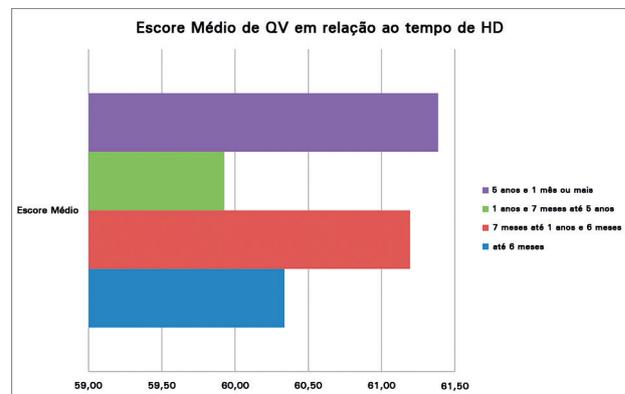
Figura 1. Comparação entre as médias das categorias de qualidade de vida consideradas estatisticamente relevantes.**Figura 2.** Comparação de escore de qualidade de vida de funcionamento físico entre população diabética e não diabética.

Os outros escores comparados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Para investigar a QV com relação ao tempo de tratamento hemodialítico, separamos os pacientes em quatro categorias: de 2 a 6 meses de tratamento (n = 45), de 7 meses a 1 ano e 6 meses de tratamento (n = 71), de 1 ano e 7 meses a 5 anos (n = 110), e de 5 anos e 1 mês acima (n = 60). Abaixo, o gráfico representando o escore médio de QV comparado entre os tempos em tratamento (Figura 3).

Podemos perceber o menor escore médio de QV encontrado, $59,93 \pm 13,78$, é referente aos pacientes que estão em tratamento hemodialítico entre 1 ano e 7 meses e 5 anos. Seguido pelos pacientes com até 6 meses em tratamento com escore de $60,34 \pm 11,59$, e pelos pacientes entre 7 meses e 1 ano e 6 meses em tratamento, com escore de $61,19 \pm 15,47$.

O grupo que obteve escore médio de QV maior foi o de pacientes com mais de 5 anos e 1 mês em tratamento hemodialítico, com escore de $61,39 \pm 14,82$. Entretanto, esses dados de comparação não apresentaram significância estatística.

Figura 3. Comparação entre os escores médios de qualidade de vida entre diferentes categorias de tempo de diálise.

DISCUSSÃO

A qualidade de vida do paciente renal crônico tem vital importância nos processos de ressignificação. A forma de enfrentamento da doença e suas implicações dependem dos recursos inter e intrapsíquicos que o paciente possui. É comum apresentarem comportamentos agressivos, ansiosos e depressivos, pois é exigido do paciente neste contexto, uma nova construção psíquica, uma capacidade de adaptação e adesão a todas as exigências do tratamento.

Porém há diversos aspectos que devem ser levados em conta neste contexto como estrutura psíquica, níveis cognitivos, estrutura de personalidade e fatores socioculturais. Observa-se que os dados sociodemográficos da pesquisa correspondem ao que é comumente encontrado na população em tratamento da doença renal crônica, tal seja, um grupo composto por maioria masculina, nos meados de seus 50 anos, em maior parte aposentados ou afastados do emprego.¹⁰⁻¹⁴ O número total estimado de pacientes

no Brasil em diálise em 2014 era de 112.004; destes, 58% eram do sexo masculino.¹⁵

O escore médio de QV do presente estudo foi de $60,53 \pm 14,10$, sendo menor do que os escores apresentados em estudos dos EUA (63,7) e da Europa (62,7).¹⁶ Contudo, mostrou-se maior do que em estudos realizados no Oriente. Os participantes de uma pesquisa realizada na Índia obtiveram uma média de $53,73 \pm 11,75$ no escore de QV.¹⁷ Na Arábia Saudita, o escore médio obtido em QV foi de 47,5013,80.¹⁸

O presente estudo demonstrou que dois dos escores mais altos foram o Encorajamento da Equipe de Apoio e a Satisfação do paciente em relação aos cuidados recebidos na diálise, ratificando a correlação entre QV e relação entre equipe e paciente. Resultado semelhante também foi encontrado em outros estudos internacionais¹⁰ e brasileiros.¹⁹

O índice de QV referente ao status de trabalho diz respeito à interferência da doença para o status de trabalho atual. Se a aposentadoria ou afastamento do trabalho tem como causa a saúde, o escore de QV em relação a essa categoria é baixo. No campo das atividades laborais, o presente estudo demonstrou escore mais baixo na categoria Status de Trabalho dos pacientes, que obteve média de $21,11 \pm 33,13$, corroborando com a literatura.^{6,10,13} A atividade laboral é de extrema importância nos pacientes com DCR, o que foi evidenciado no estudo de Bohlke *et al.*¹¹ por meio de correlações significativas entre estar trabalhando e maiores escores de QV em aspectos físicos e mentais.

Apesar de a literatura indicar que baixos escores de QV são preditores de mortalidade em pacientes submetidos à diálise,⁷⁻⁹ neste estudo não foram encontradas correlações estatisticamente significantes. A falta de significância estatística pode ser explicada pelo tamanho da amostra que evoluiu a óbito durante a coleta de dados.

A proporção de pacientes que faleceram na amostra deste estudo, oito em 278 (2,87%), é significativamente mais baixa do que a taxa anual de mortalidade em paciente com DRC, 17,9% em 2013,¹⁹ e a encontrada em outros estudos.²⁰

Os dados desta pesquisa evidenciam uma tendência na diferenciação de alguns escores, tais como escore médio de QV, efeitos da DRC, fardo da DRC, funcionamento físico, dor e função social (todos mais baixos em pacientes que foram a óbito), o que vai ao

encontro dos resultados já presentes na bibliografia.^{8,9} São associados à mortalidade principalmente os escores de QV relacionados a aspectos físicos^{8,9} e dor.⁹ O maior número de hospitalizações^{6,7} e a duração de hospitalizações⁹ são também indicados como aspectos a serem monitorados, devido à associação com risco de morte.

Destaca-se uma possível relação entre os óbitos e a baixa adesão ao tratamento evidenciada pelas causas dos óbitos e pelo considerável número de faltas em hemodiálise neste grupo de pacientes. Contudo, para confirmação desta relação seriam necessárias análises de parâmetros bioquímicos e de informações sobre a adesão à prescrição alimentar e farmacológica, que não foram abordados nos objetivos deste estudo.

A QV relacionada à saúde é preditora de hospitalização e mortalidade em diversas afecções.¹² Pelos resultados obtidos nas correlações deste estudo, podemos notar que os dias de hospitalização interferem na QV dos pacientes, pois quanto maior o tempo de hospitalização do paciente, menores eram os índices de QV, principalmente quando relacionada ao componente físico, corroborando com o estudo de Santos.⁹

É esperado que o paciente renal seja afetado em seu funcionamento físico, energia e saúde geral.¹³ Entretanto, com os dados obtidos, pode-se observar que os aspectos emocionais, como bem-estar emocional, composto mental, fardo da DRC, papel emocional e interações sociais também são afetados pela hospitalização.

Autores ressaltam que a experiência de hospitalização altera significativamente a vida dos pacientes, e que o grau da afecção do hospitalizado, os dias de internação ou a perda de autonomia influenciam diretamente neste processo.²¹⁻²⁴

No que se refere à adesão ao tratamento, representada neste estudo pela análise do número de faltas em hemodiálise, evidenciou-se correlação inversa entre suporte social e faltas às sessões de HD. A literatura na área evidencia a importância do suporte social na adesão ao tratamento e no bem estar físico e emocional do paciente.^{7,13,25-27} O apoio oferecido pela equipe de saúde obteve correlação significativa com os escores do composto mental neste estudo e também é destacado na literatura como um recurso essencial na aceitação da doença e do tratamento.^{20,26}

Muitas vezes, quem fornece esse suporte é a família, que também é diretamente afetada pelo

processo de adoecimento. Se, por um lado, o apoio familiar é essencial e positivo, por outro, quando ausente ou acompanhado de excessivo controle, pode representar um fator não benéfico para o paciente.⁷ Neste sentido, é importante incluir a família no tratamento, incentivando sua participação e fornecendo orientações. Quando a família está bem informada, tem maiores condições de participar do tratamento e agir de forma articulada com a equipe de saúde.²⁷

Neste estudo, os escores de QV relacionada à função cognitiva também obtiveram correlação significativa inversamente proporcional com o número de faltas, evidenciando que quanto menor QV neste aspecto, maior o número de faltas, representando menor adesão ao tratamento. O item função cognitiva do instrumento avalia a percepção do participante sobre dificuldades para se concentrar e pensar, a presença de confusão mental e a demora a reagir aos fenômenos que lhe aconteceram ou foram ditos.

O prejuízo de funções cognitivas ocorre com frequência na DRC.²⁸ Segundo a literatura, a disfunção cognitiva pode se fazer presente em qualquer fase da doença renal e está associada a maiores riscos de óbito e menor adesão ao tratamento. Apesar de os mecanismos que levam à perda de função cognitiva na DRC não estarem completamente elucidados, a literatura evidencia que condições clínicas, tais como a taxa de toxinas urêmicas, podem induzir lesões neuronais.²⁸

Diante destes dados, é possível levantar a hipótese de que um maior número de faltas pode ter impacto em condições clínicas implicando maior alteração cognitiva. Em contrapartida, a perda da função cognitiva pode contribuir para o maior número de faltas em função da baixa compreensão sobre o tratamento e riscos implicados.

A idade dos pacientes também obteve correlação significativa com o número de faltas, de modo que quanto maior a idade, menor o número de faltas às sessões de HD, representando uma maior adesão ao tratamento. Neste estudo, a idade dos pacientes obteve correlação significativa com o suporte social, também associado a um menor número de faltas.

Com o aumento da idade e a progressão da doença, o paciente pode apresentar dificuldades físicas e menor autonomia/maior dependência, demandando cuidados e acompanhamento familiar.

Diante destas considerações, levanta-se a hipótese de que piores condições clínicas e maior dependência possam estar associadas a um menor número de faltas, representando maior adesão ao tratamento.²⁹

Os resultados obtidos também evidenciaram correlação positiva entre os escores de bem-estar emocional com: função social, saúde geral, sintomas/problemas e dor. Pode-se pensar que esses aspectos são mutuamente influenciáveis, não sendo possível separá-los entre causador e consequência. Assim, tanto os aspectos físicos influenciarão os psicológicos quanto os psicológicos podem afetar o físico.^{20,29}

Para além dos aspectos já mencionados, complicações físicas trazem consigo a preocupação de perda de autonomia e aumento da dependência de outros para a satisfação de necessidades da vida diária. Este é mais um dos fatores que pode afetar o bem-estar emocional e a QV de doentes renais.²⁷

A saúde em seus aspectos físicos e emocionais também interfere nas atividades sociais dos pacientes. Os escores de função social dizem respeito à esta interferência. Pacientes que sentem maior bem-estar emocional referem menos impacto em suas atividades sociais. Um aspecto está relacionado a outro na medida em que relações sociais são essenciais para a saúde emocional e alterações desta podem ter impacto na socialização.

A qualidade das interações sociais também pode ser impactada pela saúde e vice-versa, conforme evidenciam os resultados deste estudo. Estudos prévios sinalizam a relação entre apoio social e bem-estar emocional.¹⁷ A função social é uma das dimensões que mais favorece a QV e, portanto, deve ser incentivada pela equipe de saúde.²⁰

Diante das articulações entre aspectos físicos e bem-estar emocional, faz-se essencial considerar no tratamento destes pacientes, para além dos aspectos biológicos, seu contexto social, cultural e psicológico. Neste sentido, a assistência interdisciplinar é fundamental.

Os resultados deste estudo corroboram outras pesquisas que indicam um maior comprometimento em aspectos físicos em relação ao avanço de faixa etária.^{8,11,13,19,20,30,31} Este é um fato em certa medida esperado, visto que o próprio envelhecimento está relacionado à piora da saúde, aumento de sintomas e consequente maior dificuldade em atividades diárias.¹³

Por outro lado, nesta pesquisa, os escores relacionados ao suporte social e aos efeitos da DRC

correlacionaram-se positivamente em relação à idade, ou seja, foram maiores em pacientes mais idosos e piores em pacientes mais jovens, indo de encontro com outros estudos encontrados na literatura.⁷

Os efeitos da doença renal dizem respeito a quanto o paciente sente impacto com a restrição alimentar e de líquidos, em sua capacidade laboral, limitações para viajar, dependência de profissionais de saúde, estresse e preocupações com a doença renal, vida sexual e aparência. Alguns estudos observam que pacientes idosos conseguem aceitar com maior facilidade as condições impostas pela doença.^{29,32}

Considerando que a QV é resultado da aproximação entre expectativas e percepção da realidade, pode-se levantar a hipótese de que pacientes mais idosos apresentem expectativas mais próximas da realidade no que se refere aos efeitos da doença, podendo haver certo conformismo quanto ao estado de saúde em pacientes idosos.²⁹

Com relação ao maior suporte social em idosos, pode-se pensar que o próprio prejuízo de aspectos físicos aumenta a demanda por auxílio, a dependência e, caso haja apoio e presença de familiares, a percepção de estar sendo auxiliado.

Os dados obtidos mostraram que as mulheres em hemodiálise apresentam uma QV menor do que os homens na mesma condição, assim como em outros estudos que realizaram essa comparação.^{10,14,33} Dentre os escores significativos desta pesquisa, o mais baixo está na limitação do papel físico. Podemos levantar a hipótese de que como a mulher faz comumente o papel de cuidadora, muitas vezes não tem o suporte social para ser cuidada. Ademais, muitas mulheres não deixam de exercer suas ocupações tradicionais, de cuidar da casa e dos filhos e ficam expostas à maior carga de estresse.³³

No que concerne à comparação de pacientes diabéticos com os demais, o índice de QV em relação ao funcionamento físico foi o mais significativo e rebaixado. É possível cogitar que essa diferença possa se dar devido às consequências implicadas na própria progressão da doença e de limitações na adesão ao seu tratamento, como por exemplo: problemas de visão, problemas de locomoção, AVC, amputação de membros, cardiopatias, neuropatias.³⁴

Quando analisados os dados que correlacionam o tempo de tratamento com a QV, estudos prospectivos demonstram melhora nos escores de QV ao longo do tempo.³⁵ Em conformidade com esses achados, os

resultados desta pesquisa, mesmo não apresentando significância estatística, corroboram com a literatura, apontando que os pacientes com mais de cinco anos de HD possuem melhores escores de QV quando comparados aos pacientes com menor tempo de tratamento.

Embora essa melhora não ocorra de modo progressivo, é importante reforçar que a percepção sobre a QV é única e individual para cada sujeito, não sendo necessariamente uma constante, pois depende de recursos de apoio psíquicos e físicos presentes e disponibilizados ao paciente.

CONCLUSÃO

Considerando o impacto da doença renal crônica na QV, a motivação desta pesquisa foi identificar os aspectos de maior relevância para a população estudada. O resultado obtido ratifica algumas das percepções já rastreadas em atendimento clínico. Foi possível constatar que a população estudada apresenta níveis médios de QV (60,53 ± 14,10).

Como a amostra foi por conveniência, é possível constatar um desvio padrão elevado, tornando o resultado variável. De qualquer forma, conhecer os níveis de QV de pacientes em hemodiálise leva à reflexão acerca do próprio sentido do tratamento, já que permite conhecer como os pacientes compreendem a vida proporcionada por um cuidar altamente complexo.

Dentre a população estudada, o trabalho, aspecto de alta relevância nas trocas sociais, construção da identidade e autopercepção, fica praticamente extinto, não sendo substituído por outra atividade construtiva adaptada. O indivíduo percebe-se como disfuncional, com um senso de inutilidade representativo.

Pessoas com doença renal crônica encontram considerável dificuldade para permanecer e/ou retornar ao trabalho por limitações físicas, psíquicas e inclusive legais. Este fato contribui para a instalação de sintomas depressivos, ansiedade, estresse e sensação de ser um peso para sua família, criando um ciclo vicioso.

Vale ressaltar que outro tópico de menor QV desta pesquisa foi o quesito Fardo da DRC, que está relacionado com os níveis de dependência e autonomia. Quando o paciente adoce, a família adoce junto. Então como tornar o paciente renal um sujeito produtivo mesmo diante das perdas e limitações? Quais as possibilidades de intervenções de

uma equipe de saúde integrada para se chegar a níveis saudáveis de autonomia e adaptação? São questões importantes para reflexão.

Apesar de a QV apresentar valores medianos no paciente renal crônico, observou-se que o Encorajamento da Equipe de Apoio, Suporte Social e a Qualidade das Interações Sociais influenciam positivamente, justamente pela assistência integral frente à complexidade das demandas destes pacientes. Estes aspectos considerados positivos elevam os níveis de outras categorias, como o composto mental, por meio de correlações, podendo tornar-se parte da estratégia interventiva.

As mulheres demonstraram rebaixamento dos níveis de QV em relação aos homens em praticamente todos os quesitos, principalmente os relacionados aos sintomas físicos e bem-estar emocional. Destaca-se que a literatura evidencia a maior tendência em mulheres para depressão e a ansiedade, ponto que deve ser observado atentamente.

Outro aspecto a ser considerado é o papel ocupado pelas mulheres culturalmente e na dinâmica familiar, frequentemente associado ao cuidado. Diante do adoecimento desta, nem sempre os demais membros da família conseguem se reorganizar e assumir as funções de suporte/apoio.

Em relação à hospitalização, as análises das correlações evidenciaram uma diminuição considerável nos níveis de energia e bem-estar emocional. Porém, convém destacar que esses dados não foram analisados de modo a compreender se o período de hospitalização precedeu ou sucedeu à aplicação do questionário, bem como não considerou o intervalo de dias entre ambos. Essa informação complementar à discussão, uma vez que a experiência da hospitalização poderia representar respostas diferentes de QV quando comparados com situações de estabilidade clínica.

As faltas, que são indicativos de má adesão, estiveram diretamente relacionadas ao suporte social e ao fator idade, portanto, na análise de pacientes faltantes é importante sempre estimular o suporte familiar, aproximando a família e tornando-a corresponsável pelo tratamento. E, por outro lado, estimulando o aumento da autonomia e diminuição dos níveis de regressão psíquica. Um dos importantes papéis da psicologia na busca de maior QV é estimular a adaptação e a busca por novas estratégias de enfrentamento, proporcionando um maior equilíbrio

na vida do indivíduo entre seus papéis sociais e seu tratamento.

A pesquisa permitiu o levantamento e análise de componentes da QV de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise, proporcionando avanços para a bibliografia na área. Os dados levantados fornecem subsídios para a prática de profissionais de saúde, contribuindo para o melhor entendimento e manejo dos fatores que aumentam e diminuem a QV dos pacientes em terapia renal substitutiva.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5:7-18. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123200000100002>
2. Freitas PPWF, Cosmo M. Atuação do Psicólogo em Hemodiálise. *Rev SBPH* 2010;13:19-32.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A Construção de vidas mais saudáveis/Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9. PMID: 8560308 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
5. 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* 2003;49:375-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000400027>
6. Cavalcante MCV, Lamy ZC, Lamy Filho F, França AKTC, Santos AM, Thomaz BAF, et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. *J Bras Nefrol* 2013;35:79-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130014>
7. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Caceres-Espina M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sócio-demográficas, médico-clínicas e de laboratório. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2012;20:838-46. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500004>
8. Braga SFM, Peixoto SV, Gomes IC, Acúrcio FA, Andrade ELG, Cherchiglia ML. Fatores associados com a QV relacionada à saúde de idosos em HD. *Rev Saúde Pública* 2011;45:1127-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000600015>
9. Santos PR. Associação de Qualidade de Vida com Hospitalização e Óbito em Pacientes Portadores de Doença Renal Crônica em Hemodiálise. *J Bras Nefrol* 2005;27:184-90.
10. Tomazou C, Charalambous G, Jelastopulu E. Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease: A Cross-sectional Study Comparing Patients on Hemodialysis, Peritoneal Dialysis and with Kidney Transplantation. *Br J Med Res* 2015;8:516-25. DOI:<http://dx.doi.org/10.9734/BJMMR/2015/17304>
11. Bohlke M, Nunes DL, Marini SS, Kitamura C, Andrade M, Von-Gysel MP. Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Med J* 2008;126:252-6. PMID: 19099157 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802008000500002>
12. 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* 2015;19:439-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/hdi.12271>
13. Mendonça DP. Qualidade De Vida Dos Portadores De Insuficiência Renal Crônica Em Tratamento De Hemodiálise [Dissertação de mestrado]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2007. 164 p.

14. Martins MR, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005;13:670-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500010>
15. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2014 [internet]. São Paulo; 2015. [acesso 2016 Fev 29]. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>
16. Fukuhara S, Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Kurokawa K, Mapes DL, Akizawa T, et al. Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney Int* 2003;64:1903-10. DOI:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00289.x>
17. Veerappan I, Arvind RM, Ilayabharthi V. Predictors of quality of life of hemodialysis patients in India. *Indian J Nephrol* 2012;22:18-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/0971-4065.91185>
18. Al Wakeel J, Al Harbi A, Bayoumi M, Al-Suwaidia K, Al Ghonaim M, Mishkiry A. Quality of life in hemodialysis and peritoneal dialysis patients in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2012;32:570-4.
19. Silva FS. Qualidade de vida de doentes renais crônicos sob Programa de hemodiálise: revisão integrativa [dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015. 46 p.
20. Grasselli CSM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PB, Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Clin Med* 2012;10:503-7.
21. Fernandes AMC. Saúde Mental e Qualidade de Vida em Pessoas com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise [Dissertação de mestrado]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2014. 135 p.
22. Frota MA, Machado JDC, Martins MC, Vasconcelos VM, Landin FLP. Qualidade de vida da criança com insuficiência renal crônica. *Esc Anna Nery* 2010;14:527-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300014>
23. Macena CS, Lange ESN. A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. *Psicol Hosp* 2008;6:20-39.
24. Borges LR, Martins DG. Clínica de hemodiálise: existe qualidade de vida? *Bol Iniciação Cient Psicol* 2001;2:42-58.
25. Ferreira RC, Silva Filho CR. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *J Bras Nefrol* 2011;33:129-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000200003>
26. Lopes JM, Fukushima RLM, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi FS. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Acta Paul Enferm* 2014;27:230-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400039>
27. Rocha RPF, Santos I. Necessidades de autocuidado entre doentes com doença renal crônica: revisão integrativa de literatura. *Rev Pesq Cuid Fundam* 2009;1:457-67.
28. Matta SM, Matos MJ, Kummer AM, Barbosa IG, Teixeira AL, Silva ACS. Alterações cognitivas na doença renal crônica: uma atualização. *J Bras Nefrol* 2014;36:241-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140035>
29. Takemoto AY, Okubo P, Bedendo J, Carreira L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. *Rev Gaúch Enferm* 2011;32:256-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200007>
30. Castro M, Caiuby AVS, Draibe SA, Canziani MEF. Qualidade de Vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49:245-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000300025>
31. Guedes KD, Guedes HM. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;5:48-53.
32. 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;19:3-9.
33. Lopes GB, Martins MTS, Matos CM, Amorim JL, Leite EB, Miranda EA, et al. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Rev Assoc Med Bras* 2007;53:506-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000600017>
34. Oliveira JEP, Milech A, eds. Diabetes Mellitus: Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar. São Paulo: Atheneu; 2006.
35. Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PM, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 2012;72:129-35. PMID: 22281454 DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.012>