

Estudo quantitativo sobre a qualidade de vida de pacientes hemodialíticos da Paraíba, Brasil

Estudio cuantitativo sobre la calidad de vida de los
pacientes en hemodiálisis de Paraíba, Brasil

Quantitative study about quality of life of hemodialysis patients from
Paraíba, Brazil

Milena Nunes Alves de Sousa¹, Thyara Carla Sarmento², João Carlos
Alchieri³,

¹ Faculdade Santa Maria; Faculdades Integradas de Patos; Faculdade São Francisco da Paraíba, Brasil
minualsa@hotmail.com

² Faculdade Santa Maria, Brasil

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Forma de citar: Alves de Sousa, M. N., Sarmento, T. C., & Alchieri, J. C. (2011). Estudo quantitativo sobre a qualidade de vida de pacientes hemodialíticos da Paraíba, Brasil. *Revista Ces Psicologia*, 4(2), 1-14.

Resumo

Este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de pacientes hemodialíticos atendidos em um centro de diálise do sertão do estado da Paraíba. A pesquisa caracterizou-se como quantitativa de natureza exploratória e descritiva, sendo aplicado o questionário genérico de qualidade de vida SF-36 a 51 pacientes. Os resultados evidenciaram que os domínios *saúde mental*, *vitalidade*, *capacidade funcional* e *limitações dos aspectos físicos* apresentaram as piores pontuações sendo, portanto, os mais afetados, refletindo uma qualidade de vida prejudicada; o que sugere a necessidade de fomentar pesquisas e intervenções relacionadas às pessoas em terapêutica hemodialítica, visando melhorias das suas condições gerais de vida e a sua aderência ao tratamento.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica; Doença Renal; Diálise; Hemodiálise; Qualidade de Vida.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes tratados en hemodiálisis en un centro de diálisis del interior de Paraíba. La investigación se tipifica como cuantitativa exploratoria y descriptiva. Se aplicó el cuestionario genérico de calidad de vida SF-36 a 51 pacientes. Los resultados mostraron que los dominios *salud mental*, *vitalidad*, *función física* y *limitaciones de los aspectos físicos* estaban más afectados, lo que refleja un deterioro de la calidad de vida de estos pacientes; los resultados sugieren la necesidad de fomentar investigaciones e intervenciones relacionadas con las personas en tratamiento de hemodiálisis, con el objetivo de mejorar sus condiciones generales de vida y su adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica; Enfermedades renales; Diálisis; Hemodiálisis; Calidad de Vida.

Abstract

This study aimed to assess the quality of life of patients undergoing hemodialysis treatment in a dialysis center located in Paraíba (Brazil). The research was typified as exploratory and descriptive. 51 patients were inquired through the generic questionnaire of quality of life SF-36. The results showed that the most affected domains were mental health, vitality, physical function and physical ability, leading as a consequence to impairment in the quality of life of these patients. The findings suggest the importance of taking part and promoting research related to people on hemodialysis, in order to improve their general living conditions and inclusion on the treatment.

Key words: Chronic Kidney disease; Kidney Diseases; Dialysis; Hemodialysis, Quality of Life.

Introducción

As patologias crônicas têm recebido atenção por parte da equipe de saúde multiprofissional nas últimas décadas (Matos & Lopes, 2009) e a doença renal crônica, especificadamente, vem sendo considerada uma pandemia (Araújo, Pereira & Anjos, 2009) e um problema de saúde pública, pois causa elevada taxa de morbimortalidade com impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (Devini, 2003). Tais patologias, especialmente a insuficiência renal crônica (IRC), são debilitantes, por causar complicações médicas, sociais, econômicas e exigem tratamento especializado (Cukor et al., 2007; Diefenthaler, Wagner, Poli-de-Figueiredo, Zimmermann, & Saitovitch, 2007; Hsieh, Lee, Huang, & Chang, 2007; Oliveira et al., 2008; Arenas, Barros, Lemos, Martins, & David-Neto, 2009; Barbosa & Valadares, 2009; Condé et al., 2010). Em geral, exige a terapêutica hemodialítica por longo prazo (Araújo et al., 2009; Matos & Lugon, 2010).

Mesmo reconhecendo as vantagens indiscutíveis da hemodiálise, Mortari et al. (2010) advertem sobre complicações.

Para citar algumas, têm-se: doença cardiovascular, câimbras, prurido, anemia, osteodistrofia renal, além das limitações nas atividades da vida diária e mudanças biopsicossociais as quais podem interferir na qualidade de vida (QV), como perda do emprego e alterações da imagem corporal (Zhang, Cheng, Zhu, Sun, & Wang, 2007). A compreensão destes impactos, alerta para a demanda de uma abordagem adequada pela equipe de saúde, visando orientações quanto à adesão ao tratamento, a QV, a percepção e aceitação da situação vivenciada e a escolha da terapia dialítica (Turk et al., 2006; Araújo et al., 2009). A dimensão e a complexidade da problemática, portanto, tem ressaltado a análise da QV dos pacientes em hemodiálise.

Considerar, repensar e reavaliar os hábitos em busca de uma vida mais saudável é um passo importantíssimo, principalmente quando se fala em convivência harmoniosa entre doença, paciente e tratamento. Afinal, o longo processo de duração dos procedimentos manifesta várias situações conflituosas, como a imprevisibilidade da doença, a ruptura da rotina de suas vidas e estilo de vida disciplinado, instituído pela

terapia dialítica (Araújo et al., 2009; Costa, Vasconcelos & Tassitano, 2010). Diante disso, surgiu o problema de pesquisa: como está a QV dos pacientes hemodialíticos atendidos em um serviço de diálise paraibano? Traçou-se o seguinte objetivo: avaliar a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise atendidos em um centro de diálise do sertão da Paraíba. Especificadamente, buscou-se caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico da população alvo; verificar os escores da capacidade funcional e da dor; determinar os escores para vitalidade, aspectos sociais e emocionais.

“Por meio da avaliação dos aspectos de qualidade de vida podem-se formular estratégias de intervenção, com o intuito de minimizar os efeitos da doença de caráter progressivo, bem como as alterações na qualidade de vida” (Mortari al., 2010, pp. 167). Assim, ponderar sobre a QV de pacientes hemodialíticos é primordial. O anterior é útil para verificar o impacto das doenças crônicas no cotidiano destes sujeitos, possibilitando evidenciar restrições diversas, sendo preciso orientá-los para que possam desenvolver mecanismos de defesa, pois tais pacientes podem alcançar um estado de bem estar físico e mental, resultando na recuperação de sua autonomia, da preservação da esperança e do senso de utilidade. Daí a importância do cuidado humanizado e a proposta de adoção de meios que garantam adequada QV e QVRS para todos, sendo esta entendida, conforme Devini (2003), como a percepção da pessoa de sua saúde por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento. Esses parâmetros são indicadores do funcionamento físico, aspectos sociais, estado emocional e mental, da repercussão de sintomas e da

percepção individual de bem estar, os quais apontam para os menores índices de QV entre pacientes em hemodiálise (Sesso et al., 2008).

Os resultados podem possibilitar a compreensão da realidade dos que confabulam do mesmo problema, propiciando subsídios ao fomento de novas estratégias eficientes para a prática e o ensino, com o desfecho de pesquisas relacionadas à pessoa com doença renal crônica em tratamento hemodialítico, pois é evidente a escassez de estudos os quais relacionem a enfermagem, a nefrologia e a hemodiálise. Ainda, tem a facilidade de propiciar maior reflexão sobre a proposta de modo que, a partir dos dados coletados, seja possível oferecer o melhor tratamento, com a melhor equipe multiprofissional e os meios necessários à QV do paciente e daqueles que o cercam. Somam-se ao exposto, os dizeres de Watnick (2009), para quem baixos níveis de qualidade de vida podem influir em elevadas taxas de adoecimento e mortalidade.

Método

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa quantitativa, de natureza exploratória e descritiva junto aos pacientes atendidos em um Centro de Hemodiálise do município de Sousa, Paraíba, Brasil, o qual atende atualmente 101 pacientes credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destes, 50% (51 indivíduos) participaram efetivamente do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para o desenvolvimento deste estudo foram respeitados todos os aspectos éticos no que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos, sendo este estudo aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Faculdade Santa Maria através do Protocolo de nº 584082010. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o Questionário Genérico de Qualidade de Vida ou *Short-Form Health Survey 36* (SF-36), o qual já foi validado no Brasil por Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma (1999). O Brasil SF-36 é multidimensional e formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes que são: *capacidade funcional, limitação dos aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental* e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás (Silva, Vieira, Koschnik, Azevedo, & Souza, 2002).

A *capacidade funcional* avalia tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física, com três níveis de resposta (muita limitação, pouca limitação, sem limitação); a *limitação dos aspectos físicos* incorpora os níveis e tipos de limitações entre extremos, incluindo caminhar e ajoelhar, levantar e carregar mantimentos, subir escadas, dobrar-se; a escala de avaliação de *dor* tem o propósito de medir sua extensão ou interferência nas atividades de vida diária do paciente; nos *aspectos sociais* são avaliados os efeitos da saúde física nas atividades sociais; o componente *saúde mental* abrange ansiedade, depressão, perda do controle comportamental ou emocional e bem estar psicológico; a *vitalidade* contempla nível de energia e fadiga; e o *estado geral de saúde* considera a percepção do indivíduo em relação ao seu estado geral de saúde (Barr, 1995).

O Brasil SF-36 mensura tanto aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem estar). Apresenta um

escore final de os valores das questões respondidas em notas de oito domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 refere-se ao pior escore e 100 ao melhor para cada domínio. O formulário determina a classificação dos pacientes avaliados em dois grandes componentes, que são: componente físico, envolvendo a capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde e o componente mental, o qual engloba aspectos emocionais, sociais e a vitalidade, embora o item estado geral da saúde e a vitalidade também possam está de forma indireta relacionada a outro componente. Esta separação tem por objetivo visualizar de forma genérica estes dois grandes componentes que podem estar envolvidos de maneira distinta nas diversas patologias (Ciconelli et al., 1999).

Foram consideradas variáveis de estudo: sexo, procedência, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar e tempo de hemodiálise, calculado através da diferença entre o início do tratamento hemodialítico e o dia da coleta de dados. Além das variáveis sociais e demográficas, também foram consideradas as de QV, segundo o Brasil SF-36: capacidade funcional, limitação dos aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

A pesquisa foi realizada *in loco* (aplicação do instrumento de coleta de dados) no horário de funcionamento institucional. O instrumento de coleta de dados foi aplicado durante as sessões de hemodiálise nos três turnos (manhã, tarde e noite) nos dias 24 e 25 do mês de novembro de 2010. Os dados foram armazenados utilizando-se o programa *Excel*, com aplicação da técnica de dupla digitação com vistas à verificação de

possíveis erros de transcrição. Utilizou-se a estatística descritiva e o *Raw scale*, o qual o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida e é possível a partir dos valores pontuados em cada questão, transformá-los em notas de domínio. O *Raw scale* é a etapa que se deseja saber o valor correspondente a cada domínio, que por sua vez é através desses valores que irá caracterizar a qualidade de vida dos entrevistados. Nessa etapa, foram transformados os valores das questões respondidas em notas de oito domínios de 0 a 100 como outrora mencionado (Ciconelli et al., 1999).

A partir do cálculo de cada domínio encontrado nos 51 questionários aplicados foi feito o somatório geral de cada dimensão, tendo surgido pela soma total para cada domínio correspondente, ou seja, foi realizada a contagem dos pontos de cada dimensão individualizada, resultando assim em uma média. Os valores obtidos através do somatório total de cada dimensão foram divididos pela quantidade de questionários aplicados. Por exemplo, somaram-se os valores obtidos em capacidade funcional de todos os questionários e no final dividiu-se esse valor por 51 (número total de entrevistados), gerando assim a média de cada domínio.

Não foi possível aplicar o instrumento de coleta de dados para todos os pacientes, pois 18 se recusaram a participar, 15 foram excluídos por apresentarem instabilidade clínica. Três deles estavam realizando diálise peritoneal, sete estavam viajando no momento da coleta de dados, cinco apresentaram dificuldade de compreensão do questionário e dois eram menores de idade.

Resultados e discussões

Perfil socioeconômico e demográfico da amostra

As questões iniciais abordadas no questionário tentaram formular o perfil dos respondentes a partir do levantamento de características pré-determinadas. As primeiras buscaram identificar, respectivamente, o sexo e a faixa etária dos pacientes atendidos no serviço em análise. De 51 pacientes portadores de IRC em tratamento hemodialítico, 67% pertenciam ao sexo masculino e 33% ao feminino. De modo análogo, Castro, Caiuby, Draibe e Canziani (2003), Cattai, Rocha, Nardo Junior e Pimentel (2007) e Mortari et al. (2010) obtiveram em seus estudos sobre qualidade de vida dos pacientes renais crônicos uma maior predominância do sexo masculino. Nomura, Prudêncio e Kohlmann Júnior (1995) justificam a predominância de homens em tratamento hemodialítico pelo fato de que entre as principais causas da IRC, a hipertensão arterial (HA) é uma delas e sua prevalência é quase três vezes maior no sexo masculino do que no feminino. A HA interfere, na maioria dos casos, na funcionalidade renal, tanto na regulação da quantidade de sódio, do volume corporal, bem como em secretar hormônios vasoativos (renina, prostaglandina) que elevam ou reduzem a resistência periférica (Romão Júnior, 2004).

Identificou-se, ainda, que 4% dos participantes pertenciam à faixa etária entre 18 a 28 anos, 12% estavam entre 29 a 39 anos e 18% entre 40 a 50, 51 a 61 e acima de 73 anos, cada. O intervalo de idades entre 62 a 72 anos (30% da

amostra) foi a mais expressiva. As maiorias das investigações realizadas no país ou no exterior também verificaram que a população afetada por IRC e em tratamento dialítico está em uma faixa de idade superior a 50 anos (Oliveira et al., 2008; Araújo et al., Arenas et al., 2009; Costa et al., 2010; Mortari et al., 2010). Sabe-se que o processo natural de envelhecimento reduz a capacidade funcional de cada sistema do nosso organismo, inclusive o renal. O fato aliado com a mudança do estilo de vida da população tem contribuído para o crescente aumento do número de idosos com doença renal crônica em terapia renal substitutiva (Kusumota, Oliveira, & Marques, 2009). Embora a idade avançada seja um fator que influencia fortemente a mortalidade e a morbidade por IRC, não deve impedir a indicação do tratamento. Assim, os efeitos negativos da idade aumentada e a elevada comorbidade podem ser compensados pelos cuidados ministrados aos pacientes, bem como pelo número, duração e qualidade das sessões de diálise, as quais podem melhorar a expectativa de vida deste grupo etário (Chaves, Anselmi, Barbeira, & Hayashida, 2002).

Quanto ao grau de escolaridade, predominou o nível fundamental completo e incompleto. Assim sendo, 31% eram analfabetos, 41% possuíam o ensino fundamental incompleto, 10% concluíram o ensino fundamental, 8% o ensino médio incompleto, 6% o ensino médio completo, 2% referiram-se ao superior incompleto e 2% a pós-graduação/mestrado. Em consonância a esses achados, estudos também verificaram que a maioria das nefropatas crônicas em tratamento hemodialítico possui baixo nível instrucional (Martins, 2008; Oliveira et al., 2008; Araújo; et al.,

2009; Condé et al., 2010). Conhecer sobre a informação é indispensável, pois Castro et al. (2003) afirmam que há uma melhor resposta à hemodiálise naqueles pacientes com algum nível instrucional/cultural.

Portanto, observou-se que os portadores de insuficiência renal crônica do centro em análise apresentaram baixo nível de escolaridade. Esse fato faz ressaltar a importância do profissional de saúde envolvido neste tratamento, com ações voltadas à educação em saúde, enfatizando todos os aspectos da terapêutica e buscando solucionar as dúvidas dos pacientes e familiares. Sobre a assertiva, Trentini, Corradi, Araldi e Tigrinho (2004) ressaltam que os dados servem de alerta para a equipe da saúde no que se refere à comunicação com os doentes renais crônicos, uma vez que se necessita utilizar uma linguagem acessível ao nível de educação deles, principalmente quando se trata de orientação e ou educação para prevenção de complicações referente ao tratamento. Dessa forma, é fundamental explicar a doença e a terapêutica. O profissional deverá abandonar os termos técnicos e se valer de uma linguagem popular e de métodos participativos.

Ao referirem-se ao estado civil, 39 dos entrevistados são casados (76%), seis são solteiros (12%), quatro viúvos (8%) e os outros dois entrevistados são divorciados (4%). Na Pesquisa realizada por Oliveira et al. (2008) encontraram 60% de casados/união informal e Martins e Cesarino (2005), com 73 pacientes submetidos à hemodiálise e com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos mesmos, revelou que 71% dos pesquisados eram casados. A informação quanto as relações interpessoais é relevante, pois pode evidenciar o apoio

que o cônjuge pode dispensar durante toda a terapêutica, servindo de suporte emocional e financeiro, visto que nesta etapa muitas são as sensações e dificuldades enfrentadas pelo paciente em hemodiálise (Santos, 2005; Smeltzer & Bare, 2005).

Em relação a atividades laborais, verificou-se que dos 51 entrevistados (100%), 42 não exerciam trabalho remunerado (82%) e nove, mesmo com as restrições, continuavam realizando alguma alternativa de trabalho (18%). Dados análogos foram encontrados por Martins e Cesarino (2005) e Oliveira et al. (2008). No estudo destes autores, 87% dos hemodialíticos participantes da pesquisa, afirmaram ser aposentados ou não realizar atividade laboral. Cabe mencionar que essa é uma realidade encontrada entre os portadores de IRC e em tratamento hemodialítico, embora a aposentadoria seja considerada uma condição de vida imposta pela doença. Santos (2005) ao discorrer sobre a prerrogativa, afirma que o trabalho interfere na vida do indivíduo, já que é muito difícil manter vínculo empregatício formal, tanto pela rotina do tratamento, como pelas complicações e limitações físicas advindas com o problema renal. Tal situação provoca uma diminuição da autoestima dos indivíduos que passam a ser dependentes financeiramente e precisam, na maioria das vezes, do auxílio de um familiar ou pessoa próxima.

Por sua vez, contrariando a maioria das abordagens, 18% ainda exerciam alguma atividade remunerada. Esse achado é corroborado por Carreira e Marcon (2003) que encontraram 15,5% da população estudada com algum tipo de trabalho, bem como por Santos (2005) e Oliveira et al. (2008) os quais apontaram 15,0% de

renais crônicos trabalhando e 14%, respectivamente. Consequentemente, quanto a renda familiar verificou-se que 41% possuem renda de um salário mínimo e 45% de dois salários mínimos. Os dados assemelham-se aos resultados de Oliveira et al. (2008), em que a maioria dos renais crônicos em hemodiálise contava com uma renda entre 1 a 2 salários mínimos (67%). Martins (2008) também constatou que o nível social e econômico da população-alvo de seu estudo era baixo, com renda familiar majoritária de até um salário mínimo (43,8%).

Quanto ao tempo de hemodiálise dos participantes do estudo, o qual foi calculado através da diferença entre o início do tratamento hemodialítico e o dia da coleta de dados, os resultados evidenciaram que: 31% já faziam hemodiálise entre 1 a 2 anos, 19% entre 3 e 6 anos, 16% de 2 a 3 anos, 14% de 1 a 6 meses. De outro lado, 14% de 6 a 10 anos, 4% há mais de 10 anos e, por fim, 2% entre 7 a 11 meses. O trabalho de Castro et al. (2003) realizado na unidade de diálise da Universidade Federal de São Paulo/Fundação Oswaldo Ramos, mostrou que 48,0% referiram até quatro anos em tratamento hemodialítico e Cattai et al. (2007) encontraram um tempo médio de tratamento de 3,8 anos, sendo estes dados considerados próximos ao encontrados no presente estudo. Em discordância, Niu e Li (2005) verificaram que 36,3% realizavam este tipo de terapêutica de substituição renal há mais de seis anos. Identificar o tempo de terapêutica é relevante, pois pode ter correlação direta com os níveis de qualidade de vida dos sujeitos, uma vez que quanto maior o tempo de tratamento, mais são os estados vivenciados em torno da doença e da diálise/hemodiálise. Sobre o exposto,

Busato (1981) estabelece que o paciente com IRC passa por vários estágios de aceitação da enfermidade e do tratamento, mas se mostra tranqüilo e não se apavora em decorrência das estratégias comportamentais: o estado de alerta, tensão, agitação, gerando desgaste físico e emocional intenso; momento de alerta à de adaptação aparente, visto que ainda não houve a situações emergenciais e surgem atitudes imprevistas, burlam a dieta, faltam as sessões de hemodiálise e atritos nas relações interpessoais. Deste modo, embora as formas de se organizarem diminuam, eleva-se o nível de consciência e emerge um estado depressivo, resultado do conflito entre aceitar ou não a nova forma de vida. Estas fases, portanto, podem reduzir

drasticamente a qualidade de vida dos sujeitos em hemodiálise.

Análise da qualidade de vida da amostra

A qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise engloba a tabulação e análise das oito dimensões do Brasil SF-36, quais sejam: capacidade funcional, limitação dos aspectos físicos, dor, estado geral de saúde - componente *saúde física*; aspectos sociais, aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental - componente *saúde mental* (Barr, 1995). Com base nas dimensões, é determinado o valor que serve de parâmetro para a QV dos sujeitos de pesquisa. Os valores mais elevados e baixos foram obtidos no componente saúde mental.

Tabela 1. Qualidade de vida geral de pacientes hemodialíticos do município de Sousa, Paraíba, Brasil.

Componentes do SF-36	Dimensões do SF – 36	Somatório geral	Média de cada dimensão - Somatório geral/amostra
Saúde Física	Capacidade Funcional	3000	58,82
	Limitação dos aspectos Físicos	3000	58,82
	Dor	3713	72,80
	Estado Geral de Saúde	3131	61,33
Saúde Mental	Vitalidade	2550	50,00
	Aspectos Emocionais	3732,4	73,18
	Saúde Mental	2384	46,74
	Aspectos Sociais	3625	71,07
QV Geral			Somatório das médias de cada dimensão/pela quantidade de dimensões (8) 61,60

Estudos têm demonstrado que doentes renais crônicos em tratamento hemodialítico apresentam diminuição da QV quando avaliados por meio do SF-36 (Martins & Cesarino, 2005; Hsieh et al., 2007; Arenas et al., 2009; Costa et al., 2010; Mortari et al., 2010; Silveira et al.,

2010), o que pode ser considerado conexo com os resultados do presente estudo, pois das oito dimensões do Brasil SF-36 verificadas, cinco apresentaram escore inferior a 70. Contudo, nota-se pela tabela 1 que todos os domínios mostraram-se alterados e os

menores escores foram obtidos na *vitalidade e saúde mental*. Tais dados são parcialmente conexos com o estudo de Meyer et al. (1994) e Castro et al. (2003). A primeira pesquisa apresentou menores escores nas dimensões *capacidade funcional e vitalidade*; a segunda, encontrou menores valores na limitação dos *aspectos físicos e vitalidade*; Por sua vez, Santos (2006) verificou as menores pontuações nos domínios *estado geral de saúde e aspectos emocionais* e Cattai et al. (2007) evidenciaram menores escores em limitação por aspectos físicos e emocionais.

É importante frisar que essas dimensões avaliam principalmente o desempenho nas atividades diárias e de trabalho, bem como a sensação de desânimo e falta de energia, sintomas freqüentes em pacientes renais crônicos. Embora a maioria dos estudos, quanto aos menores escores apresentados pelos componentes do Brasil SF-36, tenha divergido desta pesquisa, os resultados evidenciam a existência de importante rebaixamento do nível de QV entre pacientes renais crônicos em hemodiálise, principalmente no que se refere à saúde mental e vitalidade.

Ressaltando-se cada um dos valores da tabela 1, pode-se inquirir que a média do componente saúde física foi 62,9, 58,8 para o domínio da capacidade funcional, 58,8 para a limitação dos aspectos físicos, 72,8 para dor e 61,3 para estado geral de saúde. Esse resultado evidencia problemas com as atividades diárias e o trabalho resultante da saúde física, assim como a presença das limitações relacionadas à capacidade física, indicando prejuízo na QV (Moreira & Barros, 2000). Apesar disto, existem evidências na literatura da melhora do aspecto físico em hemodialisados após

implantação de programas de prática regular de exercícios (Cattai et al., 2007). O componente, saúde mental, que engloba a vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental teve a média de 60,2 e mostrou duas dimensões mais comprometidas: saúde mental com média de 46,7 e vitalidade com média de 50, dados parcialmente conexos com a literatura (Meyer et al., 1994; Castro et al., 2003) ou discrepantes (Santos, 2006; Cattai et al., 2007), como já discutidos anteriormente.

No que se refere à qualidade de vida geral desses pacientes, traduzida através do escore 61,6 deduz-se que os mesmos apresentam QV regular ou mesmo ruim, sendo bastante prejudicada, pois o escore apresentado não atende ao ideal (escore 100), estando um pouco acima de 50, o que se considera um valor intermediário, demonstrando clara redução da qualidade de vida de pacientes renais crônicos, demandando dos profissionais de saúde uma maior atenção. A semelhança deste estudo, Mortari et al. (2010) e Silveira et al. (2010) constataram que pacientes renais em terapêutica hemodialítica apresentam valores reduzidos nos escores de QV, mensurados por meio do Brasil SF-36. Portanto, independentemente das dimensões afetadas, o tratamento da IRC com terapia substitutiva, mesmo elevando o tempo de sobrevivência do paciente, em geral não reduz o impacto causado em suas vidas, afetando sobremaneira a sua qualidade de vida (Silva et al., 2002).

Conclusões

O perfil socioeconômico e demográfico da amostra é formado, majoritariamente, por homens, casados, com faixa etária

entre 62 a 72 anos, baixo nível de escolaridade, com renda familiar mensal variando de 1 a 2 salários mínimos, sem atividade remunerada e realizando diálise entre 1 a 2 anos. Verificou-se, ainda, que o escore relacionado à capacidade funcional e a dor apresentaram valor relativamente baixo e médio, respectivamente. Os aspectos emocionais, a dor e os aspectos sociais apresentaram os maiores escores. Contudo, os domínios mais afetados foram: saúde mental, seguido pela vitalidade, capacidade funcional e limitações dos aspectos físicos, permitindo concluir que as mesmas apresentam fortes impactos na QV dos sujeitos em hemodiálise.

Mesmo com as melhorias na terapêutica dialítica e com a elevação da sobrevida, apresentaram QV regular ou mesmo população em geral. Os pacientes em hemodiálise avaliados através dos diferentes domínios do Brasil SF-36 a qualidade de vida dos indivíduos com IRC ainda é inferior em comparação à ruim na maioria dos itens mensurados, afirmando-se que a qualidade de vida deles está imprópria. A busca pela melhora da qualidade de vida inclui uma luta constante para superar os limites trazidos pela doença e a necessidade de

controlar sentimentos que provocam desconfortos, além de destacar a importância do apoio da família.

Apesar das limitações, os indivíduos portadores de IRC em tratamento hemodialítico, terapia considerada inevitável e inadiável, não podem abandonar a luta e a busca por uma melhor QV, mesmo que a superação dos sinais e sintomas não seja possível. Neste contexto, a atuação do profissional de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e demais trabalhadores sociais) no dia a dia de tais sujeitos é de extrema importância,

Soma-se que a educação em saúde em grupos de convivência pode contribuir para melhorar a QV de pessoas submetidas à hemodiálise, uma vez que a terapia realizada nesses grupos pode trazer resultados efetivos na promoção da saúde, do bem estar e do viver mais plenamente suas potencialidades. Cabe ressaltar que a promoção da saúde, por meio de ações educativas, pode gerar responsabilidade, adoção de um estilo de vida saudável, redução dos fatores de risco, dos sintomas da doença crônica e, conseqüentemente, melhora da QV desses pacientes em terapia renal substitutiva.

Referências

- Araújo, E. S., Pereira, L. L., & Anjos, M. F. (2009). Autonomia do paciente com doença renal crônica em tratamento hemodialítico: a aceitação como fator decisório. *Acta Paul Enferm.*, 22, 509-14. Recuperado em 28 abril, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/11.pdf>.
- Arenas, V. G., Barros, L. F. N. M., Lemos, F. B., Martins, M. A., & David-Neto, E. (2009). Quality of Life: comparison between patients on automated peritoneal dialysis and patients on hemodialysis. *Acta Paul Enferm.*, 22, 535-9. Recuperado em 05 julho, 2010, de http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/en_17.pdf.
- Barr, J. T. (1995). The outcomes movement and health status measures. *J Allied Health*, 24 (1), 13-28. Recuperado em em 05 julho, 2010, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7657582>.
- Barbosa, G. S., & Valadares, G. V. (2009). Hemodialysis: patient's adaptation and life style. *Acta Paul Enferm.*, 22, 524-7. Recuperado em 25 julho, 2010, de http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/en_14.pdf.
- Busato, O. (1981). Transplante Renal: aspectos emocionais. Em: Martins, C. (Org.), *Perspectiva da Relação Médico-Paciente* (2ª ed), (pp. 383-97). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carreira, L., & Marcon, S. S. (2003). Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, Nov./Dez., 11(6), 823-31. Recuperado em 05 outubro, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000600018&script=sci_arttext.
- Castro, M., Caiuby, A. V. S, Draibe, S. A., & Canziani, M. E. F. (2003). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev. Assoc Med. Bras.*, 49(3), 245-9. Recuperado em 05 julho, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300025.
- Cattai, G. B. P., Rocha, F. A, Nardo Junior, N., & Pimentel, G. G. A. (2007). Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica - SF-36. *Cienc Cuid Saude*, 6 (Suplem. 2), 460-7. Recuperado em 13 setembro, 2010, de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5357/3394>.
- ITC No Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução e validação para o Português da avaliação genérica de Qualidade de vida SF36 (Brasil-SF36). *Rev Bras Reumatol.*, Mai./Jun., 39(3), 143-50. Recuperado em 13 setembro, 2010, de http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qulalidade.pdf.
- Chaves, L. P. D., Anselmi, M. L., Barbeira, C. B. S., & Hayashida, M. (2002) Estudo da sobrevivência de pacientes submetidos a hemodiálise e estimativa de gastos no município de Ribeirão Preto-SP. *Rev Esc Enferm USP*, 36(2), 193-9. Recuperado em 23 abril, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a12.pdf>.
- Condé, S. A. L., Fernandes, N., Santos, F. R, Chouab, A., Mota, M. M. E. P., & Bastos, M. G. (2010). Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. *J Bras Nefrol.*, 32(3), 242-8. Recuperado em 13 julho, 2010, de http://jbn.org.br/detalhes_prelo.asp?id=1889.

- Costa, P. B., Vasconcelos, K. F. S., & Tassitano, R. M. (2010). Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. *Fisioter Mov.*, jul/set., 23 (3), 461-71. Recuperado em 23 agosto, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502010000300013
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Cromwell-Smith, A., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J. A.M. Soc. Nephrol.*, 2, 484-490. Recuperado em 02 novembro, 2010, de <http://cjasn.asnjournals.org/content/2/3/484.abstract>
- Devini, O. (2003) The impact of ignoring measurement error when estimating sample size for epidemiologic studies. *Eval Health Prof.*, set., 26(3), 315-39. Recuperado em 02 novembro, 2010, de <http://ehp.sagepub.com/content/26/3/315.abstract>.
- Diefenthaler, E.C., Wagner, M. B., Poli-de-Figueiredo, C. E., Zimmermann, P. R., & Saitovitch, D. (2008). Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? *Rev. Bras Psiquiatr.*, Jun., 30(2), 99-103, 2008. Recuperado em 02 março, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n2/a03v30n2.pdf>.
- Hsieh, R. L., Lee, W. C., Huang, H. Y., & Chang, C. H. (2007) Quality of life and its correlates in ambulatory hemodialysis patients. *J Nephrol.*, Nov-Dec., 20(6), 731-8. Recuperado em 02 março, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18046676>.
- Kusumota, L., Oliveira, M. P., & Marques, S. (2009). O idoso em diálise. *Acta Paul Enferm.*, 22, 546-50. Recuperado em 13 julho, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/20.pdf>
- Martins, M. R. I., & Cesarino C. B. (2005). Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13(5), 670-6. Recuperado em 12 março, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a10.pdf>.
- Martins, R. R. (2008). *Elaboração e avaliação de indicadores comportamentais de aderência ao tratamento hemodialítico*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Matos, E. F., & Lopes, A. (2009). Modalidades de hemodiálise ambulatorial: breve revisão. *Acta Paul Enferm.*, 22, 569-71. Recuperado em 08 agosto, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/25.pdf>.
- Matos, J. P. S., & Lugon, J. R. (2010). Alternative hemodialysis regimens. *J Bras Nefrol.*, 32(1), 112-7. Retirado em 12 agosto, 2010, de http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/en_v32n1a18.pdf.
- Meyer, K. B., Espindle, D. M., Degiacomo, J. M., Constance, S. J., Kurtin, P. S., & Davies, A. R. (1994). Monitoring dialysis patients' health status. *Am J Kidney Dis*, 24, p. 267-79.
- Moreira P. R., & Barros, E. (2000). Atualização em Fisiologia e Fisiopatologia Renal: Bases fisiopatológicas da miopatia na insuficiência renal crônica. *J Bras Nefrol.*, 22(1), 201-8. Recuperado em 03 agosto, 2010, de http://www.jbn.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=606&nomeArquivo=22-01.
- Motinari, D. M., Menta, M., Scapini, K. B., Rockembach, C. W. F., Duarte, A., & Leguisamo, C. P. (2010), Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 20(2), 156-60. Recuperado em 03 agosto, 2010, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/6382/5423>

- Niu, S. F., & Li, I. C. (2005). Quality of life patients having renal replacement therapy. *J. Adv. Nurs.*, Taiwan, jul., 51(1), 15-21.
- Nomura, P. I., Prudêncio, L. A. R., & Kohlmann Júnior, O. (1995). Características do indivíduo hipertenso. *J Bras Nefrol.*, mar., 17(1), 13-20. Recuperado em 03 agosto, 2010, de http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1037.
- Oliveira, T. F. M., Santos, N. O.; Lobo, R. C. M. M., Pinto, K. O., Barboza, S. A., & Lucia, M. C. S. (2008). Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal: um estudo descritivo. *Psicólogo inFormação*, jan./dez., 12(12), 9-32. Recuperado em 28 junho, 2010, de <https://www.metodista.br/revistas>.
- Romão Júnior, J. E. (2004). Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *J Bras Nefrol.*, ago., 26(3), 1-3. Recuperado em 06 junho, 2010, de http://www.transdoreso.org/pdf/doenca_renal.pdf.
- Santos, P. R. (2005). Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *J Bras Nefrol.*, São Paulo, jun., 27(2), 70-5. Recuperado em 06 junho, 2010, de http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=287.
- Santos, P. R. (2006). Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev Assoc Med Bras.*, 52(5), 356-9. Disponível em: Recuperado em 16 março, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000500026.
- Sesso, R. L. A., Lopes, A. A., Thomé, F. S., Bevilacqua, J. L., Romão Junior, J. E., & Lugon. J. (2008). Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008. *J Bras Nefrol.*, out./nov./dez., 30(4), 233-8. Recuperado em 06 junho, 2010, de http://www.jbn.org.br/detalhes_prelo.asp?id=2080.
- Smeltzer, S. C. & Bares, B. G. (2005). *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica* (10ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Silva, D. M. G. V., Vieira, R. M., Koschnik, Z., Azevedo, M., & Souza, S. S. (2002). Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. Bras. Enf.*, 55 (5), 562-7.
- Silveira, C. B., Pantoja, I. K. O. R., Silva, A. R. M., Azevedo, R. N., Sá, N. B., Turiel, M. G. P., & Nunes, M. B. G. (2010). Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém - Pará. *J Bras Nefrol.*, Jan./Mar., 32(1), 37-42. Recuperado em 12 fevereiro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a08.pdf>.
- Trentini, M., Corradi, E. M., Araldi, M. A. R., & Tigrinho, F. C. (2004). Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, Jan./Mar., 13(1), 74-82. Recuperado em 13 setembro, 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71413111.pdf>.
- Turk, S., Atalay, H., Altintepe, L., Güney, I., Okudan, N., Tonbul, H. Z., Gökbek, H., Kücür, R., Yeksan, M., & Yildiz, A. (2006). Treatment with antidepressive drugs improved quality of life in chronic hemodialysis patients. *Clin Nephrol.*, 65, 113-8. Recuperado em 13 setembro, 2010, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16509460>.

Watnick, S. (2009). Quality of Life and Depression in CKD: Improving Hope and Health. *American Journal of Kidney Diseases*, Sep., 54 (3), 339-402.

Zhang, A. H., Cheng, L.T., Zhu, N., Sun, L., & Wang, T. (2007). Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. *Health Qual Life Outcomes*, 5, 49. Recuperado em 10 janeiro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1988788/>.

Recibido: Marzo 8 2011 Revisado: Julio 25 2011 Aceptado: Septiembre 19 2011
