

## *Avaliação da qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em uma clínica satélite em João Pessoa – Paraíba*

*Assessment of the quality of life of people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis treatment in a satellite clinic in João Pessoa - Paraíba*

*Evaluación de la calidad de vida de con enfermedad renal crónica em tratamento de hemodiálisis en una clínica satélite de João Pessoa - Paraíba*

<sup>1</sup>Renata Karine Pedrosa Ferreira <https://orcid.org/0009-0007-1913-1261>

<sup>1</sup>Juliana Gomes Nattrodt Barros - <https://orcid.org/0000-0003-3009-2148>

<sup>1</sup>Pablo Rodrigues Costa Alves - <https://orcid.org/0000-0002-9790-0667>

<sup>2</sup>Thiago Medeiros Cavalcanti <https://orcid.org/0000-0002-4646-0761> -

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa, PB, BR

<sup>2</sup> Universidade Federal de Campina Grande: Cajazeiras, PB, BR

Autor correspondente: Pablo Rodrigues Costa Alves - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Interna, Cidade Universitária, s/n - Conj. Pres. Castelo Branco III, João Pessoa - PB, 58051-900.

Recebido em: 05/05/2024 ---- Aprovado em: 12/10/2024 ---- Publicado em: 31/10/2024

### RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é considerada problema de saúde pública, devido as suas crescentes taxas de incidência e prevalência. Alterações impostas pela doença e seu tratamento, comprometem de forma significativa a qualidade de vida (QDV) dos pacientes. O objetivo do estudo é avaliar os indicadores mais baixos de QDV em pacientes com DRC submetidos a hemodiálise (HD) e relacionar com variáveis sociodemográficas e clínicas. Trata-se de um estudo transversal, com 48 pacientes em HD em uma clínica satélite em João Pessoa – Paraíba. Foram aplicados questionários de dados sociodemográficos, 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 praticava 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). Em contrapartida, Estímulo da Equipe (81,77; DP 18,76) e Função Cognitiva (86,25; DP 16,41) obtiveram melhor desempenho.

### ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is considered a public health problem, due to its increasing incidence and prevalence rates. Changes imposed by the disease and its treatment significantly compromise patients' quality of life (QOL). The objective of the study is to evaluate the QOL of patients with CKD undergoing hemodialysis (HD). This is a cross-sectional study, with 48 HD patients in a satellite clinic in João Pessoa – Paraíba. Questionnaires covering sociodemographic data, clinical-pathological history and the KDQOL-SF™1.3 (Kidney Disease Quality of Life - Short Form 1.3) were applied. Descriptive analyzes were carried out and the Spearman Correlation test was applied, considering a significance level of 0.05. Among the individuals, 24 (50%) were female. The average age

### Palavras-Chave

Insuficiência renal crônica;  
Qualidade de vida;  
Diálise renal;

### Keywords

Chronic renal failure;  
Quality of life;  
Kidney dialysis;

was 60 years old (SD 14.7) and the majority did not practice 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). On the other hand, Team Stimulation (81.77; SD 18.76) and Cognitive Function (86.25; SD 16.41) performed better.

## RESUMEN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada un problema de salud pública, debido a sus crecientes tasas de incidencia y prevalencia. Los cambios impuestos por la enfermedad y su tratamiento comprometen significativamente la calidad de vida (CV) de los pacientes. El objetivo del estudio es evaluar la calidad de vida de pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis (HD). Se trata de un estudio transversal, con 48 pacientes en HD en una clínica satélite en João Pessoa – Paraíba. Se aplicaron cuestionarios que cubrían datos sociodemográficos, historia clínico-patológica y el KDQOL-SF™1.3 (Kidney Disease Quality of Life - Short Form 1.3). Se realizaron análisis descriptivos y se aplicó la prueba de Correlación de Spearman, considerando un nivel de significancia de 0,05. Entre los individuos, 24 (50%) eran mujeres. La edad promedio fue de 60 años (DE 14,7) y la mayoría no ejercía un trabajo remunerado (72,9%). Las puntuaciones más bajas obtenidas se dieron en las dimensiones Función Física (45,31; DE 39,16), Peso/Carga de Enfermedad Renal (46,61; DE 24,08) y Salud General (46,68; DE 23,42), por su parte, Estimulación del Equipo (81,77; DE 23,42). 18,76) y Función Cognitiva (86,25; DE 16,41) obtuvieron mejores resultados.

## Palabras Clave

*Falla renal crónica;  
Calidad de vida;  
Diálisis de riñón;*

## 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 com expressiva morbidade e mortalidade e redução significativa da qualidade de vida (1).

As diretrizes do Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) definem a DRC como anormalidades da estrutura ou função renal por mais de três meses (2). Trata-se de uma afecção de caráter progressivo e irreversível que acarreta uma série de alterações bioquímicas, clínicas e metabólicas que contribuem de forma direta ou indireta para as altas taxas de hospitalização, morbidade e mortalidade. Nos estágios iniciais, a DRC é frequentemente manejada de forma conservadora. Todavia, no estágio mais avançado, comumente torna-se necessário o início da terapia renal substitutiva (TRS) (3). No Brasil, o método de TRS adotado para cerca de 92% dos pacientes é a hemodiálise (HD) (4).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número total estimado de pacientes que realizam hemodiálise no país em 2021 foi de 148.363, valor este maior quando comparado a 2020. O aumento do número de pacientes em hemodiálise observada nos últimos anos persistiu, sobretudo, associado ao envelhecimento populacional e a doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus (5).

A pessoa com DRC, em hemodiálise, convive diariamente com limitações e restrições impostas pela doença e pela continuidade das sessões do tratamento, que na maioria das vezes ocorre três ou mais vezes por semana, com uma média de quatro horas de duração. Além disso, por seu caráter crônico o paciente passa a ter que conviver com a doença e suas consequências, como restrição alimentar e hídrica, dores crônicas, mudanças nos hábitos de vida, ansiedade e depressão. Tais fatores contribuem para o comprometimento da qualidade de vida (QDV) destes pacientes (6,7). O conceito de QVD vai além da ausência de doenças, mas trata-se de um fenômeno multidimensional que inclui repercussões nos aspectos físico, psicológico, social e ambiental dos indivíduos (8). Considera as percepções, o contexto social, o sistema de valores nos quais vive e a relação com os objetivos, expectativas, padrões e preocupações (9).

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 para o desfecho clínico. Alguns estudos indicam que baixos escores de QDV são preditores de mortalidade em pacientes submetidos à diálise (10,11). Resultados com amostra de brasileiros encontrou índice baixo de QVD nos estágios iniciais da doença, mas não foi observado diminuição progressiva. A redução da perspectiva mais positiva da vida ocorreu para além de componentes físicos, atingiu atributos da saúde mental. A propósito, os pacientes mais velhos tiveram melhor desempenho em fatores que analisam componentes psicológicos, mesmo com pior desempenho em fatores físico (12).

A avaliação da QVD permite identificar diversos fatores (físicos, mentais e sociais), isto é, dimensões da vida possam subsidiar intervenções que visem melhorar as condições de saúde dos pacientes com DRC. Influencia as condutas da equipe de saúde, permite uma melhor avaliação do custo/benefício da terapêutica adotada e possibilita intervenções que promovam um maior bem-estar ao indivíduo (12). Neste contexto, 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.

## Método

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.

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 os 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 score 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 (13).

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.

A análise dos dados foi realizada no software Statitical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21 .0. Para todas as análises, foi adotado o índice de significância de 0,05. 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 (14)

## 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 pacientes 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.

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 dialítico. 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 cateter duplo lúmen ou da fístula arteriovenosa (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, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doença arterial coronariana (DAC), 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 1. Os valores para todas as dimensões variam de 0 a 100 (maior escore significa uma melhor qualidade de vida).

Tabela 1- Escores das variáveis do KDQOL- SF 1.3 para pacientes em hemodiálise

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 na amostra 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 com as variáveis sociodemográficas e econômicas foram analisadas utilizando o Coeficiente de *Correlação de Spearman* (Tabela 2).

Tabela 2- Correlação entre os menores escores de QDV e demais variáveis do estudo

	Função Física		Peso/Sobrecarga Da DRC		Saúde geral	
		<i>p</i>		<i>p</i>		<i>p</i>
Idade	-0,665 <sup>a</sup>	0,001*	-0,345 <sup>a</sup>	0,016*	-0,239 <sup>a</sup>	0,103
Tempo de diagnóstico DRC	0,067 <sup>a</sup>	0,652	0,251 <sup>a</sup>	0,089	-0,079 <sup>a</sup>	0,596
Tempo gasto HD	0,137 <sup>a</sup>	0,355	0,105 <sup>a</sup>	0,481	-0,022 <sup>a</sup>	0,884
Companheiro sim/não	-0,268 <sup>a</sup>	0,06	-0,239 <sup>a</sup>	0,102	-0,242 <sup>a</sup>	0,098
Escolaridade	-0,009 <sup>a</sup>	0,954	0,182 <sup>a</sup>	0,226	0,071 <sup>a</sup>	0,638
Religião	-0,006 <sup>a</sup>	0,966	0,207 <sup>a</sup>	0,157	0,031 <sup>a</sup>	0,833
Atividade remunerada	0,215 <sup>a</sup>	0,141	-0,313 <sup>a</sup>	0,03*	-0,331 <sup>a</sup>	0,022*
Frequência atividade física	0,269 <sup>a</sup>	0,064	0,189 <sup>a</sup>	0,199	0,207 <sup>a</sup>	0,157
Tempo de HD	-0,137 <sup>a</sup>	0,355	-0,065 <sup>a</sup>	0,662	-0,229 <sup>a</sup>	0,117
Frequência de HD	0,186 <sup>a</sup>	0,205	0,298 <sup>a</sup>	0,04*	0,197 <sup>a</sup>	0,181
Internação sim/não	0,158 <sup>a</sup>	0,288	-0,209 <sup>a</sup>	0,158	0,019 <sup>a</sup>	0,899
Quantidade de internação	-0,182 <sup>a</sup>	0,220	0,117 <sup>a</sup>	0,434	-0,037 <sup>a</sup>	0,804
Duração da internação	-0,165 <sup>a</sup>	0,268	0,218 <sup>a</sup>	0,141	0,024 <sup>a</sup>	0,871
Tipo de Acesso	-0,367 <sup>a</sup>	0,011*	-0,098 <sup>a</sup>	0,512	-0,103 <sup>a</sup>	0,492
Infecção de CDL/FAV	0,166 <sup>a</sup>	0,258	0,173 <sup>a</sup>	0,238	-0,172 <sup>a</sup>	0,242
Faltas sessão HD	-0,193 <sup>a</sup>	0,189	-0,419 <sup>a</sup>	0,003*	-0,365 <sup>a</sup>	0,011*
Fila para transplante	0,169 <sup>a</sup>	0,257	0,113 <sup>a</sup>	0,451	0,09 <sup>a</sup>	0,548
Comprimido por dia	0,024 <sup>a</sup>	0,876	-0,206 <sup>a</sup>	0,175	-0,263 <sup>a</sup>	0,081
Medicação psiquiátrica	0,142 <sup>a</sup>	0,337	0,125 <sup>a</sup>	0,398	0,357 <sup>a</sup>	0,013*



IC	0,278 <sup>a</sup>	0,056	0,281 <sup>a</sup>	0,053	0,330 <sup>a</sup>	0,022*
DPOC	0,311 <sup>a</sup>	0,031*	0,201 <sup>a</sup>	0,170	0,305 <sup>a</sup>	0,035*
Dor crônica	0,158 <sup>a</sup>	0,284	0,122 <sup>a</sup>	0,407	0,298 <sup>a</sup>	0,04*
ABEP	-0,066	0,661	0,192 <sup>a</sup>	0,202	-0,029 <sup>a</sup>	0,848

a Coeficiente de Correlação de Spearman \*p < 0,05

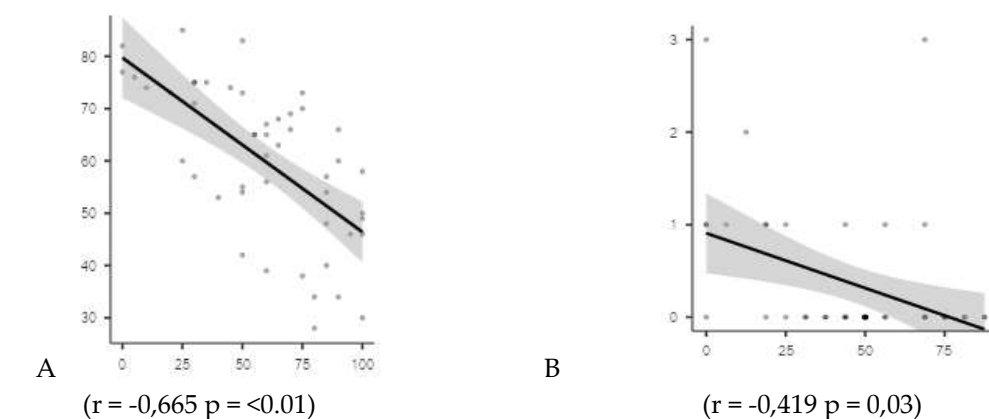
Legenda: DRC – Doença Renal Crônica; HD - hemodiálise; CDL - Cateter de longa duração; FAV – Fístula arteriovenosa; ABEP – Classificação Socioeconômica segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa  
 Fonte: Autores 2021

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 na Figura 1.

Figura 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

## Discussão

O objetivo do estudo foi avaliar os indicadores mais baixos de QDV em pacientes com DRC submetidos a hemodiálise (HD) e relacionar com variáveis sociodemográficas e clínicas, confia-se que a meta foi alcançada. De forma geral, 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 baixos escores nessas dimensões (15–17), o que demonstra um comprometimento na QDV nesse contexto.

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 (18). 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 indivíduos 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 proposto (19). Este resultado corrobora estudos anteriores (17,19), no qual mostrou que pessoas idosas com DRC tem pior desempenho do componente físico, no entanto, melhor no domínio mental.

Como relatado por Silva et al.<sup>(20)</sup>, 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 (20). Segundo Carreira e Marcon<sup>(21)</sup>, 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 (21). Para Cavalcante et al.<sup>(17)</sup>, o contexto do tratamento isoladamente ou em associação aos sintomas físicos pode contribuir para percepção da sobrecarga da doença nas atividades diárias do indivíduo (17).

O domínio Peso/Sobrecarga da doença renal avalia a extensão na qual a doença causa frustração e interferência na vida cotidiana do indivíduo. Compreende questões como tempo gasto com a DRC, mudanças de habito, decepção ao lidar com a doença e sensação de ser um peso aos seus familiares (18). Esta dimensão foi a que apresentou o segundo pior escore de QDV na amostra, com uma relação inversamente proporcional com o número de faltas às sessões de diálise ( $r = -0,419$   $p = 0,03$ ). Neste sentido, quanto mais o paciente sente a sobrecarga da doença menos comparece as sessões de tratamento. Tal achado mostra a importância que os novos padrões comportamentais de vida advindo da vivência com DRC, sejam ajustados de forma adequada para a realidade social de cada pessoa, proporcionando maior adesão ao tratamento.

De acordo com Silva et al.<sup>(20)</sup>, as pessoas com doença renal crônica, 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 (20) o que pode ter contribuído para a baixa média deste Peso/Sobrecarga da doença renal encontrado no estudo atual e em outros (15–17). Esses fatores ao contribuírem para o aumento do número de faltas às sessões, corroboram com desfechos clínicos insatisfatórios, o que cursa com maiores taxas de hospitalização e morbimortalidade (20,22). Dessa forma, a identificação dos fatores que envolvem a adesão terapêutica contribui para uma assistência mais segura, comprometida e menos frustrante para os envolvidos.

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 (15,23). Esse domínio avalia a percepção do próprio paciente acerca do seu estado atual e geral de saúde, através de perguntas que revelam como este

vê sua saúde. Segundo Cavalcante et al.<sup>(17)</sup>, aparentemente, pacientes em HD sentem-se doentes o tempo todo, e apresentam redução no desempenho físico e profissional, o que gera um impacto negativo sobre a percepção da sua própria Saúde (13,17). 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), mas esse resultado precisa ser considerado com cautela, visto que diante do constrangimento da pergunta pode existir um viés da medida. No entanto, médias elevadas nessa dimensão também foram apontadas por outros autores em seus estudos (15,24).

Altos escores encontrados foram nas dimensões Função Cognitiva (86,25; DP 16,41), Incentivo da Equipe de Diálise (81,77; DP 18,76). Tais dimensões avaliam se o paciente apresenta dificuldades com a memória ou para se concentrar em alguma tarefa e até que ponto a equipe de diálise encoraja os pacientes a serem independentes e lidarem com a doença renal (respectivamente)(13). Percebe-se, portanto, que o adequado ambiente de cuidado em saúde e o estímulo da equipe de diálise contribuem de forma positiva na QDV do indivíduo. A influência da equipe diz respeito ao encorajamento ao paciente a ser o mais independente possível e ao auxílio a lidar com a doença renal. É válido ressaltar ainda que, o presente estudo apenas inclui pacientes com função cognitiva preservada para responder o questionário e escore da dimensão Função Cognitiva também apresentou valores altos em outros estudos (15,16).

O atual estudo avaliou a associação entre aspectos biopsicossociais e níveis mais baixos de QDV mensurados através do instrumento KDQOL SF 1.3, com objetivo de alertar para que medidas terapêuticas específicas sejam delineadas para mitigar o impacto negativo da HD na vida dos pacientes. Pesquisas futuras poderiam ampliar este escopo considerando a influência de outras variáveis sociais. Por exemplo, todos os participantes aqui considerados são de uma clínica particular, mas não temos evidências que os achados se repetem quando os indivíduos realizam o tratamento exclusivamente no serviço público. Além disso, fatores como diferença de gênero e religiosidade costumam trazer resultados distintos em estudos que avaliam QDV em pacientes com doenças crônicas, mas que não foram incluídos no objetivo pretendido.

## 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, afim de melhorar a QDV dos portadores de DRC submetidos a terapia dialítica.

## Referências

- (1) Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease - A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016 Jul 1;11(7).
- (2) Levey AS, Eckardt KU, Dorman NM, Christiansen SL, Hoorn EJ, Ingelfinger JR, et al. Nomenclature for kidney function and disease: report of a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. In: *Kidney International*. Elsevier B.V.; 2020. p. 1117–29.
- (3) Robinson BM, Akizawa T, Jager KJ, Kerr PG, Saran R, Pisoni RL. 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* [Internet]. 2016;388(10041):294–306. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30448-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30448-2)
- (4) Diego P, De Menezes Neves M, Castro R De, Sesso C, Saldanha Thomé F, Lugon JR, et al. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. *Brazilian Journal of Nephrology (BJN)* [Internet]. 2019; Available from: <https://doi.org/2175-8239-JBN-2019-0234>
- (5) Saldanha Thomé F, Merege O, Neto V, Sesso R, Lugon JR, Autores Senior A. Censo Brasileiro de Diálise 2021. *Brazilian Journal of Nephrology (BJN)* [Internet]. 2022; Available from: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-0234-2021-0001>
- (6) Domingues dos Santos GI, Santos Castilho MI, Ferreira do Viso BI, Favano Carreira GI, Ignez Perez Queiroz MI, Ribeiro de Campos Mello TI, et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. *Diagn Tratamento* [Internet]. 2014;19(1):3–9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2014/v19n1/a3960.pdf>
- (7) Nunes Razzera B, Nickel Adamoli A, Freitas Ranheiri M, da Silva Oliveira M, Maria Pandolfo Feoli A. Artigo de revisão | review Article Impactos de intervenções baseadas em mindfulness em pessoas submetidas a hemodiálise: uma revisão sistemática Impacts of mindfulness-based interventions in people undergoing hemodialysis: a systematic review Autores. *Brazilian Journal of Nephrology (BJN)* [Internet]. 2022; Available from: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-0234-2021-0001>
- (8) Oliveira APB, Schmidt DB, Amateeks TM, Santos JC Dos, Cavallet LHR, Michel RB. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. *J Bras Nefrol*. 2016;38(4):411–20.
- (9) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Vol. 41. 1995. 1403–1409 p.
- (10) Guerra Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Caceres-Espina M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório1. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 Sep; Available from: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- (11) De Assis F, Ii A, Gurgel EI, Ii A, Leal M, Ii C, et al. Sonia Faria Mendes Braga I Sérgio Viana Peixoto I,II Isabel Cristina Gomes II. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011;45(6):1127–63. Available from: [www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)
- (12) Jesus NM, Souza GF de, Mendes-Rodrigues C, Almeida Neto OP de, Rodrigues DDM, Cunha CM. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *J Bras Nefrol*. 2019 Jul 1;41(3):364–74.
- (13) Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(4):375–81.
- (14) Baba RK, Vaz MSMG, Da Costa J. Correção de dados agrometeorológicos utilizando métodos estatísticos. *Revista Brasileira de Meteorologia*. 2014;29(4):515–26.
- (15) Marinho MCGM, Miserani MTC de L de C, Reis FCL. Qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em tratamento com hemodiálise em um hospital universitário. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*. 2023;
- (16) Garcia PR de S, Souza EF de, Oliveira PJM de. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise no Norte de Mato Grosso. *Scientific Electronic Archives*. 2022 Jul 31;15(8).
- (17) Cavalcante MCV, Lamy ZC, Lamy Filho F, França AKT da C, dos Santos AM, Thomaz EBAF, et al. Factors associated with the quality of life of adults subjected to hemodialysis in a city in northeast Brazil. *J Bras Nefrol*. 2013;35(2):79–86.
- (18) 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;

- (19) Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Aparecida R. 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. 2008;21:152–9.
- (20) Silva KAL da, Cargnin MC dos S, Ventura J, Paula SF de, Groos JV. (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 [Internet]. 2017;11(supl.11):4663–70. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231207/25210>
- (21) Carreira L, Marcon S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. Rev Latino-am enfermagem. 2003;11(6):823–31.
- (22) Silveira CB, Pantoja IKOR, Silva ARM, Azevedo RN de, Sá NB de, Turiel MGP, et al. [Quality of life of hemodialysis patients in a Brazilian Public Hospital in Belém - Pará]. J Bras Nefrol. 2010;32(1):37–42.
- (23) Candia MAB De, Amélia A, Fayer M, Aparecida R, Garcia T, Camargo MF, et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos em hemodiálise pelo questionário KDQOL. Revista Científica UMC. 2017;1–11.
- (24) Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet C de F, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:1–11.

#### Como citar

Ferreira, R., Barros, J., Alves, P., & Cavalcanti, T. (2024). Avaliação da qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em uma clínica satélite em João Pessoa – Paraíba. *Revista Portal: Saúde E Sociedade*, 8(unico). <https://doi.org/10.28998/rpss.e02308016>



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado

Conflito de interesses

Sem conflito de interesse

Financiamento

Sem apoio financeiro

Contribuições dos autores

Concepção e/ou delineamento do estudo: PRCA. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: RKPF, JGNB, PRCA. Redação preliminar: RKPF, JGNB. Revisão crítica da versão preliminar: PRCA, TMC. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.