

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**Claudia Costa Coelho
Márcia Cristina Gomes Costa**

**PERFIL FÍSICO E EMOCIONAL DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA EM HEMODIÁLISE NO HOSPITAL REGIONAL DE ARARANGUÁ-SC**

**ARARANGUÁ
2015**

Claudia Costa Coelho
Márcia Cristina Gomes Costa

**PERFIL FÍSICO E EMOCIONAL DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA EM HEMODIÁLISE NO HOSPITAL REGIONAL DE ARARANGUÁ-SC**

Trabalho de conclusão de curso de Graduação apresentado a disciplina TTCII do Curso de fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Profa. Dra. Daiana Cristine Bundchen Jung.

ARARANGUÁ

2015

PERFIL FÍSICO E EMOCIONAL DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE NO HOSPITAL REGIONAL DE ARARANGUÁ- SC

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica (DRC) constitui uma condição patológica que pode afetar a capacidade funcional e conseqüentemente a qualidade de vida (QV).

Objetivos: Analisar o perfil físico e emocional de pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) em hemodiálise (HD) no Hospital Regional de Araranguá-SC.

Materiais e Métodos: Foram avaliados pacientes portadores de IRC submetidos a três sessões semanais de HD no Hospital Regional de Araranguá-SC. Para investigação da capacidade funcional foi utilizado o teste de caminhada de seis minutos (TC6'). Para avaliação da QV foi utilizado o questionário KDQOL e para depressão, o Inventário de Depressão de Beck.

Análise Estatística: Os dados foram apresentados de forma descritiva. O teste de Shapiro Wilk foi utilizado para verificar a normalidade da distribuição dos dados. Para verificar possíveis associações entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman e para comparação entre sexos foi utilizado o teste *Mann Whitney U*. Foi considerado $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Participaram do estudo 28 pacientes com média de idade de $55,8 \pm 12,1$ anos, sendo 50% homens. Quanto à prática de atividade física, 78,6% não realizavam nenhuma atividade. A QV apresentou-se afetada negativamente, sobretudo nas dimensões sobrecarga da doença renal, papel profissional, função cognitiva, qualidade da interação social, funcionamento físico, função física e saúde geral que apresentaram escores mais baixos. Além disso, a análise de comparação entre os sexos e domínios do KDQOL, mostrou que as mulheres possuem piores escores para função física ($p=0,011$) e dor ($p=0,025$). No entanto, para os pacientes em geral, os domínios função sexual, estímulo por parte da equipe e suporte social apresentaram escores altos representando boa QV. A maioria dos participantes (57%) possuía algum nível de depressão, variando de leve a severa. Quatorze pacientes realizaram o TC6', a média de distância percorrida foi de $404,1 \pm 105,7$ m, atingindo 71% do previsto.

Conclusão: Para estes pacientes com DRC em tratamento dialítico, a CF apresentou-se reduzida, a QV foi afetada negativamente pela doença bem como foi observado a presença de sintomas depressivos.

Palavras chave: Insuficiência renal crônica; hemodiálise; capacidade funcional; qualidade de vida; depressão.

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is a pathological condition that can affect the functional capacity and consequently the quality of life (QOL).

Objectives: To analyze the physical and emotional profile of patients with chronic renal failure (CRF) in hemodialysis (HD) in the Regional Hospital Araranguá-SC.

Materials and Methods: We evaluated patients with CKD undergoing HD three weekly sessions at the Regional Hospital of Araranguá-SC. To investigate the functional capacity was used the six-minute walk test (6MWT). To assess QOL questionnaire was used KDQOL and depression, the Beck Depression Inventory.

Statistical Analysis: Data were presented descriptively. The Shapiro-Wilk test was used to verify the normal distribution of data. To verify possible associations between variables we used the Spearman correlation coefficient and to compare gender we used the Mann Whitney U test was considered $p < 0.05$ as significant.

Results: The study included 28 patients with a mean age of 55.8 ± 12.1 years, 50% men. As for physical activity, 78.6% did not perform any activity. The QV presented negatively affected, especially in overhead dimensions of kidney disease, professional role, cognitive function, quality of social interaction, physical functioning, physical function and general health who had lower scores. In addition, the comparison analysis between the sexes and areas of KDQOL, has shown that women have worse scores for physical function ($p = 0.011$) and pain ($p = 0.025$). However, for patients in general, sexual function domains, stimulus by the team and social support had higher scores representing good QOL. Most participants (57%) had some level of depression, ranging from mild to severe. Fourteen patients performed the 6MWT, the average distance was 404.1 ± 105.7 m, reaching 71% predicted.

Conclusion: For these patients with CKD on dialysis, the CF presented itself reduced QOL was negatively affected by the disease as well as noted the presence of depressive symptoms.

Key words: chronic renal failure; hemodialysis; functional capacity; quality of life; depression.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	6
LISTA DE TABELAS	7
INTRODUÇÃO	8
MÉTODOS	9
DESENHO DO ESTUDO	9
SUJEITOS.....	9
INSTRUMENTOS DE MEDIDA	10
PROCEDIMENTOS	11
ANÁLISE ESTATÍSTICA	12
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	16
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	19
CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CF: Capacidade Funcional
DM: *Diabetes Mellitus*
DP: Desvio Padrão
DRC: Doença renal crônica
FC: Frequência cardíaca
FR: Frequência respiratória
HD: Hemodiálise
IMC: Índice de massa corpórea
IRC: Insuficiência renal crônica
K/DOQL: *KidneyDiseaseOutcomesQualityInitiative*
KDQOL-SF: *KidneyDiseaseandQualityof Life-Short Form*
Kg: quilogramas
m: metros
PA: Pressão arterial
pm: por milhão
QV: Qualidade de vida
SBN: Sociedade Brasileira de Nefrologia
SpO2: Saturação periférica de oxigênio
TC6': Teste de caminhada de seis minutos

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos 28 pacientes com IRC em HD.....	13
Tabela 2: Avaliação das dimensões de qualidade de vida por meio do KDQOL-SF.	14
Tabela 3: Classificação Inventário de Depressão de Beck.....	16

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) constitui toda condição patológica que resulta em perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais, levando ao aumento das concentrações séricas e plasmáticas dos catabólitos, principalmente ureia e creatinina (ROMÃO et al. 2004).

O grupo de trabalho *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* K/DOQI (2002) propôs uma classificação para a DRC dividida por estágios progressivos, na qual o último é representado por pacientes que apresentam falência renal funcional ($<15 \text{ ml/min/1,73m}^2$) e se enquadram no perfil de pacientes com insuficiência renal crônica (IRC).

Quando os rins perdem a capacidade de realizar sua função, eliminar as toxinas que são liberadas pelo metabolismo, é necessário submeter o doente a um tipo de tratamento que substitui a função renal (KAMIMURA et al. 2004). Pacientes com IRC, que decorre na maioria dos casos por Diabetes Mellitus (DM), glomerulonefrites, nefrosclerose hipertensiva e malformações congênitas necessitam de terapia renal substitutiva, seja por modalidades dialíticas ou através da realização de transplante renal (SCHUNELLEP et al. 1998). Aproximadamente 90% dos pacientes submetidos à terapia dialítica realizam a hemodiálise (HD). Essa intervenção é realizada três vezes por semana, por cerca de 3 a 4 horas por sessão. (BREITSAMETER et al. 2012; DAUGIRDAS et al. 2001).

De acordo com o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), aproximadamente 100.400 pacientes realizavam tratamento dialítico em 2013, sendo 58% do sexo masculino. Estimativas em todo o mundo apontam que mais de 60% dos pacientes morrem antes de completar 10 anos de diálise (BARROS et al.2006; LIMA 2006). Ainda, segundo dados do relatório do Censo de Diálise Crônica de 2012, a região Sul do Brasil tem uma incidência de 215 pacientes que realizam tratamento dialítico por milhão (pm) ficando atrás somente da região sudeste com 222 pacientes pm (SESSO et al. 2014).

Apesar de aumentar a sobrevida dos pacientes, a HD não garante a preservação da qualidade de vida (QV) (COELHO et al. 2008). Pelo contrário, ocasiona um cotidiano monótono favorecendo o sedentarismo e a deficiência

funcional, fatores que influenciam na QV dos pacientes com IRC que realizam HD (LAW 2002). As repercussões causadas nos contextos físico, emocional e social, podem gerar um transtorno de humor conhecido, a depressão, que geralmente decorre em resposta a alguma perda real ou imaginada, e desencadeia alterações como distúrbios do sono, diminuição do interesse sexual, autoimagem prejudicada, sentimentos pessimistas, alterações de apetite e de peso (FERREIRA; SILVA FILHO 2011).

Geralmente pacientes com IRC apresentam menor tolerância ao exercício físico e baixa capacidade funcional (CF) quando comparados a indivíduos saudáveis, gerando impacto significativo nas atividades de vida diária (KOSMADAKIS et al. 2010). Complicações como deterioração musculoesquelética, emagrecimento, edema, fadiga e alterações pulmonares podem decorrer do tratamento hemodialítico a que são submetidos (CUNHA et al. 2009). Estes e outros estudos (NASCIMENTO 2012; LIMA et al. 2013) fortalecem a ideia de que é necessário uma maior investigação da QV de pacientes com IRC, pois, podem apresentar fraqueza generalizada, causada pelo déficit de força, reduzindo a tolerância ao exercício físico. Desta forma, em complemento a outras informações já existentes na literatura, este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil físico e emocional de pacientes em HD de uma cidade do Sul de Santa Catarina.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Esta pesquisa se caracterizou como um estudo do tipo transversal descritivo composto por uma amostra de conveniência no qual se verificou o perfil físico e emocional dos pacientes com IRC que realizam HD no Hospital Regional de Araranguá-SC. Foi conduzida de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

Sujeitos

Foram avaliados 28 pacientes portadores de IRC submetidos a três sessões semanais de HD, com duração entre três e quatro horas/sessão. Foram incluídos os sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de IRC,

realizando tratamento de HD por no mínimo seis meses e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos aqueles que apresentassem angina instável, insuficiência cardíaca descompensada, hipertensão arterial sistêmica não controlada (pressão arterial sistólica > 200mmHg e pressão arterial diastólica > 120mmHg), DM descompensada (glicemia > 300mg/dL), pneumopatia crônica, doenças osteoarticulares ou musculoesqueléticas incapacitantes e/ou com déficit cognitivo.

Instrumentos de medida

Os pacientes passaram pelas seguintes avaliações:

a. Avaliação clínica: Variáveis como faixa etária, sexo, escolaridade, ocupação, tempo de HD e doenças associadas, foram coletados através da análise dos prontuários e entrevista.

b. Questionário socioeconômico: Através do questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) foi avaliada a condição socioeconômica dos participantes por meio do nível de escolaridade do chefe da família, o número de empregadas mensalistas e nove itens referentes a bens materiais, sendo a pontuação obtida dividida nas classes A, B1, B2, C1, C2, D-E (PILLI 2014).

c. Questionário de qualidade de vida: Foi utilizado o *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form* (KDOQL-SF) que abrange oito aspectos genéricos (funcionamento físico, função física, dor, saúde geral, bem-estar emocional, função emocional, função social, energia e fadiga) e 11 específicos (lista de sintomas e problemas, efeitos da doença renal, sobrecarga da doença renal, papel profissional, função cognitiva, qualidade da interação social, função sexual, sono, suporte social, estímulo por parte da equipe de diálise e satisfação do paciente) (DUARTE et al. 2003). Caracteriza-se como um método de auto aplicação no qual os escores dos itens variam entre 0 e 100, os valores que se aproximam de 0 correspondem a QV menos favorável, enquanto os escores que se aproximam de 100 refletem melhor QV. Para este estudo foram adotadas faixas para os escores conforme Grasselli et al. (2012), sendo dividido de acordo com a pontuação final de cada domínio (1ª faixa – escores de 0 a 20; 2ª faixa – escores de 20,001 a 40; 3ª faixa – escores de 40,001 a 60; 4ª faixa – escores de 60,001 a 80; 5ª faixa – escores de 80,001 a 100). Para a

análise da prevalência de pacientes nas diferentes dimensões, a 1^a, a 2^a e a 3^a faixas representam baixa QV e as 4^a e 5^a faixas, boa QV.

d. Questionário de depressão: Foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck. Consiste em 21 itens com quatro alternativas de resposta. Os itens estão relacionados à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, e diminuição de libido. Quanto maior o escore, pior o nível de depressão do indivíduo (depressão ausente 0-13, depressão leve 14-19, depressão moderada 20-28, depressão severa 29-63) (WANG; GORENSTEINI 2013).

e. Antropometria: As medidas antropométricas coletadas foram peso corporal em quilogramas (kg) e altura em metros (m), para cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC - kg/m²), sendo as medidas coletadas antes da segunda sessão semanal de HD.

f. Capacidade funcional: Foi avaliada por meio do Teste de Caminha de Seis Minutos (TC6'), de acordo com a *American Thoracic Society* (ATS 2002). Realizado em um corredor plano, com 25m de comprimento, sempre pelos mesmos avaliadores previamente treinados. O paciente foi instruído a caminhar o mais rápido possível, sendo permitido que estabelecesse a velocidade da caminhada e interrupção quando necessário. A cada minuto, o paciente recebeu comandos verbais padronizados de encorajamento. A distância percorrida e o número de interrupções foram registrados, sendo que durante as interrupções o cronômetro não foi parado. Foram mensurados os sinais vitais: Pressão Arterial (PA), frequência cardíaca (FC), saturação periférica de oxigênio (SpO₂), nível de dispneia e cansaço nas pernas (Escala de Borg) no início e no final do teste, durante o teste foram mensurados somente FC, SpO₂, nível de dispneia e cansaço nas pernas (Escala de Borg), sendo o mesmo realizado duas vezes com intervalo de 30 minutos, considerando o teste com maior distância percorrida. Para o cálculo de predição da distância caminhada foi utilizado a equação de Britto et al. (2013).

Procedimentos

As características dos indivíduos foram coletadas a partir de entrevista e coleta do prontuário para verificar a presença de fatores de risco e estilo de vida. A aplicação do questionário socioeconômico e entrega dos questionários de QV e depressão para serem auto-administrados foram realizadas durante a sessão de HD. Após sete dias, antes da 2ª sessão semanal de HD foi realizada avaliação antropométrica e avaliação da CF pelo TC6'.

Análise Estatística

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19.0 para *Windows* e estão expressos como média \pm desvio padrão (DP) para as variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. O teste de *Shapiro Wilk* foi utilizado para verificar a normalidade da distribuição dos dados. Para verificar possíveis associações entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* e para comparação entre sexos foi utilizado o teste *Mann Whitney U*. Foi considerado $p < 0,05$ como significativo.

RESULTADOS

De um total de 44 pacientes com IRC que frequentam a clínica de HD do Hospital Regional de Araranguá-SC, 28 participaram do estudo. Dos 44, nove foram excluídos por estarem realizando tratamento hemodialítico por tempo menor que seis meses, seis não aceitaram participar do estudo e um apresentava déficit cognitivo. Dos 28 pacientes que aceitaram participar do estudo, 14 não realizaram o TC6' devido a um caso de óbito, um caso de afastamento por infecção, um caso de Acidente Vascular Encefálico, um deficiente visual, um cadeirante e nove não aceitaram fazer o teste, totalizando 14 indivíduos que realizaram o TC6'.

Com relação às características, a média de idade dos 28 pacientes foi de 55,8 \pm 12,1 anos, sendo 50% homens. A média de IMC foi de 27,1 \pm 4,2 Kg/m² caracterizando indivíduos com sobrepeso (WHO 1998). Quanto a escolaridade, a maioria (60,6%) possuía nível de escolaridade variando de analfabeto a ensino fundamental completo. Em relação a ocupação 48,1% era aposentado por idade ou tempo de trabalho, enquanto 40,7% estavam afastados/aposentados por IRC. A classe econômica predominante foi a D e E com 35,7% seguido pela classe C1 com

28,6%. Quanto a prática de atividade física, 78,6% não realizavam nenhuma atividade.

Tabela 1. Caracterização dos 28 pacientes com IRC em HD

Características	Média	DP
Idade (anos)	55,8	12,1
Peso (Kg)*	70,5	12,9
Estatura (m)*	1,61	0,1
IMC (kg/m ²)*	27,1	4,2
Tempo de HD (meses)	47,1	34,5
Escolaridade	N	%
Analfabeto	2	7,1
Alfabetizado	2	7,1
Fundamental Incompleto	7	25,0
Fundamental Completo	6	21,4
Ensino Médio Incompleto	1	3,6
Ensino Médio Completo	8	28,6
Superior Incompleto	1	3,6
Superior Completo	1	3,6
Ocupação	N	%
Aposentado por IRC	6	22,2
Afastado por IRC	5	18,5
Aposentado por invalidez	2	7,4
Aposentado por tempo de trabalho	13	48,1
Em trabalho	1	3,7
Condição socioeconômica (Classe ABEP)	N	%
A	-	-
B1	1	3,6
B2	3	10,7

C1	8	28,6
C2	6	21,4
D-E	10	35,7
Atividade Física	N	%
Nenhuma	22	78,6
1x/semana	2	7,1
2x/semana	2	7,1
3x/semana ou mais	2	7,1

HD: Hemodiálise; IRC: Insuficiência Renal Crônica; ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; IMC: Índice de Massa Corpórea; kg/m²: Quilogramas por metro quadrado. *n=25.

Baseados no estudo de Grasselli et al. (2012), que estipulou em faixas a classificação do KDQOL-SF conforme demonstrado na tabela 2, a média dos escores encontradas nas dimensões sobrecarga da doença renal, papel profissional, função cognitiva, qualidade da interação social, funcionamento físico, função física e saúde geral ficaram situados entre a 1^a e 2^a faixa, revelando baixo escore, representando para esses domínios baixa QV. Os escores dos domínios de efeitos da doença renal, dor, bem-estar emocional, função emocional e energia e fadiga classificaram-se na 3^a faixa também representando baixa QV.

O contrário foi observado nas dimensões sintomas, função sexual, sono, suporte social, estímulo da equipe, satisfação do paciente e função social que ficaram situadas na 4^a faixa demonstrando que a maioria das dimensões específicas da doença refletiram melhor QV nos sujeitos estudados. Com relação a satisfação e estímulo da equipe, foi evidenciado uma grande satisfação dos mesmos com os cuidados recebidos.

Tabela 2. Avaliação das dimensões de qualidade de vida por meio do KDQOL-SF

Dimensões	N (%)	Média dos Escores ± DP	Faixas de Escores do KDQOL-SF	Classificação da Qualidade de Vida
Específicos da Doença				

Renal					
Lista de sintomas e problemas	28 (100)	67,4 ± 19,0	4 ^a faixa		Boa
Efeitos da doença renal	28 (100)	58,7 ± 24,1	3 ^a faixa		Baixa
Sobrecarga da doença renal	28(100)	36,6 ± 27,5	2 ^a faixa		Baixa
Papel profissional	28 (100)	19,6 ± 31,4	1 ^a faixa		Baixa
Função cognitiva	28 (100)	27,1 ± 27,4	2 ^a faixa		Baixa
Qualidade da interação social	28 (100)	28,6 ± 20,4	2 ^a faixa		Baixa
Função sexual	16 (57)	78,1 ± 28,7	4 ^a faixa		Boa
Sono	28 (100)	62,1 ± 21,1	4 ^a faixa		Boa
Suporte social	28 (100)	77,9 ± 29,4	4 ^a faixa		Boa
Estímulo por parte da equipe	28(100)	79,5 ± 26,2	4 ^a faixa		Boa
Satisfação do paciente	28 (100)	64,9 ± 24,1	4 ^a faixa		Boa
Gerai					
Funcionamento físico	28 (100)	38,4 ± 20,3	2 ^a faixa		Baixa
Função física	28 (100)	29,5 ± 35,4	2 ^a faixa		Baixa
Dor	28 (100)	48,8 ± 29,7	3 ^a faixa		Baixa
Saúde geral	28 (100)	38,6 ± 25,6	2 ^a faixa		Baixa
Bem-estar emocional	28 (100)	59,1 ± 28,1	3 ^a faixa		Baixa
Função emocional	28 (100)	46,4 ± 43,8	3 ^a faixa		Baixa
Função Social	28 (100)	63,4 ± 28,2	4 ^a faixa		Boa
Energia e fadiga	28 (100)	47,5 ± 26,8	3 ^a faixa		Baixa

De acordo com Gorenstein e Wang (2013), que classificaram a intensidade depressiva em quatro níveis, os dados levantados neste estudo apontam que 57% dos indivíduos possuem algum nível de depressão, variando de leve a severa.

Tabela 3. Classificação Inventário de Depressão de Beck

Classificação	Escore	n (%)
Depressão Ausente	0-13	12 (42,8)
Depressão Leve	14-19	9 (32,1)
Depressão Moderada	20-28	5 (17,8)
Depressão Severa	29-63	2 (7,1)

Com relação ao TC6', a média de distância prevista foi de $586,78 \pm 35,30$ metros (m), a média de distância percorrida foi de $404,1 \pm 105,7$ m, atingindo 71% do previsto de acordo com Britto et al. (2013).

Foi realizado análise de correlação entre tempo de HD e domínios do KDQOL-SF, tempo de HD e Inventário de depressão de Beck, tempo de HD e distância percorrida no TC6' e distância percorrida no TC6' e domínios do KDQOL-SF os quais não foram obtidos resultados significativos.

Na análise de comparação entre os sexos e domínios do KDQOL-SF, houve diferença significativa com piores escores para função física ($p=0,011$) e dor ($p=0,025$) para as mulheres. Para os demais domínios não houve diferença significativa entre os sexos.

DISCUSSÃO

A análise dos dados demonstrou que a média de idade dos participantes do estudo foi de $55,8 \pm 12,1$ anos. Kusumota (2005) em um estudo para avaliar a QV de pacientes em HD com 194 pacientes relatou que a idade predominante variou de 50 a 59 anos. Já Bezerra (2006) em estudo com 70 pacientes em HD para avaliar QV, a idade com predomínio foi de 40 a 49 anos. E no estudo realizado por Cavalcante et al. (2013) a faixa etária de 40 a 59 anos compôs a maior parte da amostra, o que se assemelha aos resultados do nosso estudo.

Com relação ao sexo, Oliveira et al. (2005) em estudo realizado com 133 pacientes em HD observou que 71 eram do sexo masculino e 62 do sexo feminino e Kusumota (2005) observou que 63,4% eram do sexo masculino, prevalecendo

nesses estudos o sexo masculino. Já Bezerra (2006), encontrou equilíbrio na participação em ambos os sexos, o mesmo encontrado no presente estudo.

A avaliação do estado nutricional analisada no estudo de Cavalcante et al. (2013) revelou peso normal em 62,9% dos indivíduos, segundo o IMC. O estudo realizado por Santos et al. (2013) utilizando a classificação da Organização Mundial da Saúde demonstrou que 56,7% dos sujeitos apresentaram peso normal, resultado diferente do presente estudo onde a média de IMC foi de $27,1 \pm 4,2$ Kg/m² caracterizando indivíduos com sobrepeso.

Na variável tempo de HD, a duração média do tratamento encontrada por Cavalcante et al. (2013) foi de 36 meses, no estudo de Ferreira e Silva Filho (2011) o tempo de tratamento se configurou prevalente acima de 60 meses, já em nosso estudo a média do tempo de HD foi de $47,1 \pm 34,5$ meses, mostrando uma diversidade do tempo de HD nos estudos analisados.

Com relação à escolaridade dos pacientes, Trentini et al. (2004) observaram em seu estudo que, 62,3% estudaram até o ensino fundamental. Lara e Sarquis (2004) em estudo para identificar as principais mudanças que a HD acarretou à vida do renal crônico e a importância do trabalho para essa população, identificou que 67% dos pacientes tiveram acesso ao ensino fundamental. Cavalcante et al. (2013), identificaram que houve maior prevalência de indivíduos com ensino fundamental incompleto (69,4%), nossos dados se assemelham aos anteriormente citados, revelando um nível de escolaridade baixo nesses indivíduos.

Na variável ocupação, Kusumota (2005) verificou que 70,6% não tinham vínculo com trabalho. No estudo de Coutinho e Tavares (2011) 49,1% estavam recebendo benefício e 26,7% em aposentadoria, sendo que no nosso estudo 96,2% dos indivíduos não tinham vínculo com o trabalho, demonstrando assim como nos estudos analisados que a maioria dos sujeitos estão afastados de atividades laborais.

Na análise referente à condição socioeconômica dos indivíduos em HD, Cavalcante et al. (2013) mostraram que classes D e E prevaleceram com 48,1%, seguida da classe C com 39,2%, e um estudo realizado por Santos et al. (2013) verificou que 89,9% dos sujeitos estudados eram da classe C, D-E, o que corrobora

com os resultados do nosso estudo no qual 35,7% prevaleceram nas classes D-E, seguida da classe C1 e C2 com 50%, mostrando que a maioria desses indivíduos estão inseridos em classes socioeconômicas mais baixas.

Em estudo realizado por Kirchner et al. (2011), a análise do estilo de vida de renais crônicos em HD aponta que 65,6% não praticavam atividade física, sendo que o nosso estudo a incidência de indivíduos que não praticam atividade física foi ainda maior (76,8%), caracterizando esses indivíduos como inativos.

Essa informação pode ser complementada pela avaliação da CF pelo TC6', em nosso estudo a média de distância prevista foi de $586,78 \pm 35,30$ m, a média de distância percorrida foi de $404,1 \pm 105,7$ m, atingindo 71% do previsto (Britto et al. 2013), demonstrando uma CF inferior a prevista para sexo e idade. Dados semelhantes foram encontrados por Cunha et al. (2009) que avaliaram 16 pacientes e a média de distância percorrida atingida foi de $404,5 \pm 105,0$ m. No estudo de Jatobá et al. (2008) que avaliou 27 pacientes, o valor percorrido foi de $492,5 \pm 146,9$ m enquanto o valor médio predito foi de $640,1 \pm 108,2$ m, ou seja, a distância percorrida alcançou 76,9% da distância predita. Henrique et al. (2009) em seu estudo avaliou 14 pacientes e encontrou uma distância percorrida de $509 \pm 91,9$ m, superior a encontrada no presente estudo.

A redução da CF observada nestes pacientes pode prejudicar atividades diárias básicas, além do lazer, convívio social e trabalho, deteriorando a QV (Fassbinder et al. 2014). Em nosso estudo, quando avaliada a QV pelo KDQOL-SF, a dimensão que apresentou menor escore foi o papel profissional (19,6), demonstrando limitações nas atividades laborais. Dado semelhante foi encontrado no estudo de Cavalcante et al. (2013) que aplicaram o KDQOL-SF em 291 pacientes do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e Centro de Nefrologia do Maranhão, em que o papel profissional também apresentou baixo escore.

Observou-se que a maioria das dimensões específicas como estímulo por parte da equipe (79,5) e suporte social (77,9), apresentaram escores elevados, permanecendo na 4ª faixa (boa). Foi encontrado resultado semelhante no estudo de Kusumota (2005) que avaliou a QV em pacientes em HD em Ribeirão Preto-SP, onde os mesmos domínios ficaram com escores 81,1 e 82,3 respectivamente. Os

domínios gerais ficaram entre a 2ª e 4ª faixa. A dimensão saúde geral, que se refere à forma como o paciente percebe seu estado de saúde, mostrou-se reduzida (38,6). Foi encontrado um dado semelhante no estudo de Grasselli et al. (2012) que avaliou a QV de 37 pacientes pelo KDQOL-SF, e o mesmo domínio ficou situado em uma faixa considerada baixa (51,3%).

Em uma análise mais específica, quando comparamos os domínios do KDQOL-SF entre os sexos, encontramos uma diferença significativa com piores escores para função física ($p=0,011$) e dor ($p=0,025$) para as mulheres. Lopes et al. (2007) sugerem que mulheres tratadas por HD crônica na cidade de Salvador apresentam níveis mais baixos de QV, tanto no aspecto físico quanto no mental. Os mesmos autores relatam que mulheres tratadas por HD, por terem que manter as funções tradicionais, ou seja, a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos, estejam expostas a maior carga de estresse físico e mental.

Finger et al. (2011) utilizaram o Inventário de Depressão de Beck, em 64 pacientes que realizavam HD por um período maior que seis meses e concluíram que 44,8% da amostra possuía sintomatologia depressiva. Em nosso estudo, a incidência de depressão foi ainda maior, atingindo 57% dos pacientes. Diefenthaler (2000) concluiu que uma maior intensidade de sintomas depressivos é um fator de risco independente para óbito de pacientes em HD. Ao comparar as curvas de sobrevivência entre os pacientes depressivos e não depressivos, observou que, ao final de 24 meses, as estimativas de sobrevivência foram de cerca de 39% e 95% respectivamente.

Deste modo, ficou evidente que para estes pacientes, a DRC e o tratamento por HD trazem prejuízos nos aspectos físicos e emocionais, suscitando a necessidade de tratamento terapêutico que possa reverter ou amenizar este quadro de piora do estado físico e mental.

Limitações do Estudo

As limitações deste estudo podem ser atribuídas à pequena amostra, um único centro avaliado, a não aceitação de quase metade dos pacientes em realizar o TC6' e a falta de um grupo controle para melhor elucidação dos dados encontrados.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu caracterizar os pacientes que frequentam uma clínica de HD no sul de Santa Catarina. A QV desses pacientes foi afetada negativamente principalmente pelas dimensões sobrecarga da doença renal, papel profissional, função cognitiva, qualidade da interação social, funcionamento físico, função física e saúde geral que apresentaram escores mais baixos. Além disso, a análise de comparação entre os sexos e domínios do KDQOL-SF, mostrou que as mulheres possuem piores escores para função física e dor. Os dados levantados neste estudo apontam que a maioria dos participantes possuem algum nível de depressão, variando de leve a severa. A CF dos pacientes com IRC submetidos a tratamento hemodialítico mostrou-se abaixo dos valores preditos quanto à distância percorrida no TC6'. Deste modo, conclui-se que para estes pacientes com DRC em tratamento dialítico, a CF apresentou-se reduzida, a QV foi afetada negativamente pela doença bem como foi observado a presença de sintomas depressivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med*, v. 166, n. 1, p.111-117, 2002.

BARROS, E; MANFRO, L F; THOMÉ, R. C. Nefrologia: rotina, diagnóstico e tratamento. 3ª ed.; Porto Alegre: Artmed; 2006.

BEZERRA, K. V. Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise. 2006. 93 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BREITSAMETER, G; FIGUEIREDO, A E; KOCHHANN, D S; Cálculo de Kt/V em hemodiálise: comparação entre fórmulas. *J. Bras. Nefrol*, São Paulo, v. 34, n. 1, p.22-26, 2012.

BRITTO, R R; PROBST V S; ANDRADE, A F D; SAMORA, G A R; HERNANDES, N A; MARINHO P E M; KARSTEN M; PITTA, F; PARREIRA, V F. Reference equations for the six-minute walk distance based on a Brazilian multicenter study. *Braz J Phys Ther*, Belo Horizonte, v.17, n. 6, p.556-563, 2013.

CAVALCANTE M C V, LAMY Z C, FILHO F L, FRANÇA A K T C, SANTOS A M, THOMAZ E B A F; SILVA, A A M; FILHO, N S. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. *J. Bras. Nefrol*, São Luiz, v. 35, n. 2, p.79-86, 2013.

COELHO, D M; RIBEIRO, J M; SOARES, D D. Exercícios Físicos durante a hemodiálise: Uma Revisão Sistemática. *J Brasil*, Belo Horizonte, v. 30, n. 2, p.88-98, 2008.

COUTINHO, N P S; TAVARES, M C H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. *Cad. Saúdecolet*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2011.

CUNHA, M S; ANDRADE, V; GUEDES, C A V; MENEGHETTI, C H Z; AGUIAR, A P; CARDOSO, A L; Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.16, n.2, p.155-60, 2009.

DAUGIRDAS, J T; BLAKE P G; ING, T S. Hand book of dialysis. 3ª ed.; Rio de Janeiro: Medsi; 2001.

DIEFENTHAELER, E C. Avaliação da associação entre depressão e óbito em pacientes em hemodiálise. 2000. 146 f. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

DUARTE, P S; MIYAZAKI, M C; CICONELLI, R M; SESSO, R; Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL/SF). Ver Assoc Med Bras, São Paulo v. 49, n. 4, p.375-381, 2003.

FASSBINDER, T R C; WINKELMANN E R; SCHNEIDER J; WENDLAND J; OLIVEIRA B O. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise - Um estudo transversal. J Bras Nefrol, ljuí, v. 37 n. 1, p. 47-54, 2015.

FERREIRA, R C; SILVA FILHO C R. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. J Bras Nefrol, Marília, v. 33, n.2, p.129-135,2011.

FINGER, G; PASQUALOTTO, F F; MARCON, G; MEDEIROS, G S; JUNIOR, J A, MAY, W S. Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos a hemodiálise. AMRIGS, Porto Alegre, v. 55, n. 4, p. 333-338, 2011.

GRASSELLI, C S M; CHAVES, E C L; SIMÃO, T P; BOTELHO, P B; SILVA, R R. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. Ver Bras Clin Med. São Paulo, v. 10, n. 6, p.503-507, 2012.

HENRIQUE, D M N; ROBEREDO, M M; CHAUBAH, A; PAULA, R B. Treinamento aeróbico melhora a capacidade funcional de pacientes em hemodiálise crônica. Arq Bras Cardiol, Juíz de Fora, v.94, n.6, p.823-828, 2010.

JATOBÁ, J P C; AMARO W F; ANDRADE, A P A; CARDOSO, F P F; MONTEIRO, A M H; OLIVEIRA, M A M; Avaliação da Função Pulmonar, Força Muscular Respiratória e Teste de Caminhada de Seis Minutos em Pacientes Portadores de Doença Renal Crônica em Hemodiálise; J Bras Nefrol, Taguatinga, v.30 n. 4 p.280-287, 2008

K/DOQI. Clinical practice guidelines for chronickidneydisease: evaluation, classificationandstratification. Am J Kidney Dis, v. 39, n. 2, 2002.

KAMIMURA, M A; DRAIBE, S A; SIGULEM, D M, CUPPARI, L. Métodos de avaliação da composição corporal em pacientes Submetidos a Hemodiálise. Ver Nutr, Campinas v. 17 n. 1 p.97-105, 2004.

KIRCHNER, R M; MACHADO R F; LOBLER, L; STUMM, E M F. Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. Mundo saúde, v. 35, n. 4, p.415-421, 2011.

KUSUMOTA, L. Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes em hemodiálise. 2005. 150 f. Tese Doutorado - Curso de Enfermagem, Tese de Doutorado Universidade de São Paulo; Riberão Preto, 2005.

LARA, E A; SARQUIS, L M M. O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. Cogitareenferm, Curitiba, v. 9, n. 2, p.99-106, 2004.

LAW, M. Participation in the occupations every day life. Am J OccupTher, Ontario, v. 56, n. 6, p.640-649, 2002.

LIMA, F F; MIRANDA, R C V; SILVA, R C R; MONTEIRO, H L; YEN, L S; FAHUR, B S; PADULLA, S A T. Avaliação funcional de pacientes em hemodiálise: Pré e pós-exercício. *RevisMed, Ribeirão Preto*, v. 46, n. 1. p.24-35, 2013.

LIMA, J J G. Doenças cardiovasculares em pacientes renais crônicos tratados por hemodiálise: abordagem prática. *Med J, São Paulo*, v. 124, n. 1, p.36-41, 2006.

LOPES, B G; MARTINS, M T S; MATOS, M D, AMORIM, M L; LEITE, E B; MIRANDA, A E; LOPES, A A. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *RevAssocMedBras, Salvador*, v. 53, n. 6, p.506-9, 2007.

NASCIMENTO, L C A; COUTINHO, É B; SILVA, K N G. Efetividade do exercício físico na insuficiência renal crônica. *Fisioter. Mov, Curitiba*, v. 25, n. 1, p. 231-239, 2012.

OLIVEIRA, S M R; BERTAGNOLLI, D; BOHRER, D; NASCIMENTO, P C; POMBLUM S C G; ARANTES, L C; BARROS, E J G. Nível sérico de alumínio: Insuficiência da água e de alimentos ingeridos por pacientes com insuficiência renal crônica mantidos em hemodiálise. *J Bras Nefrol, Santa Maria*, v. 27, n. 3, p.101-109, 2005.

PILLI, L; AMBRÓSIO, B; SUZZARA, B. ABEP-Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. 2014. Disponível em: <www.abep.org–abep@abep.org>. Acesso em: 26 nov. 2014.

ROMÃO JUNIOR, J E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol*, v. 26, n. 3, p.1-3, 2004.

SANTOS, A C B; MACHADO, M C; PEREIRA, L R; ABREU, J L P, LYRA, M B. Nível de qualidade de vida, consumo alimentar e estado nutricional em pacientes submetidos à hemodiálise. *J Bras Nefrol, Vila Velha*, v. 35, n. 4, p.279-288, 2013.

SCHUNELLEP, D; TREDE, M; TREDE, M. Impact of renal cadaveric transplantation on survival in end-stage renal failure: evidence for reduced mortality risk compared with hemodialysis during long-term follow-up. *J Am Soc Nephrol, Heidelberg*, v. 9, n. 11, p.2135-2141, 1998.

SESSO, R C; A LOPES, A; THOMÉ, F S. Relatório do censo brasileiro de diálise crônica 2012. *J Bras Nefrol, São Paulo*, v. 36, n. 1, p.48-53, 2014.

TRENTINI, M; CORRADI, E M; ARALDI, A R M; TIGRINHO C F. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto & Contexto Enfer, Capão de Imbuia*, v. 13, n. 1, p.74-82, 2004.

WANG, Y P, GORENSTEINI, C. Assessment of depression in medical patients: A systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics, São Paulo*, v. 68 n. 9, p.1274-1287, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization; 1998.

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CAMPUS ARARANGUÁ CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA



TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Claudia Costa Coelho, matrícula: 11103261;

Eu, Márcia Cristina Gomes Costa, matrícula: 13106497;

Do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, declaro, para todos os fins de direito e que se fizerem necessários, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico e referencial conferido ao presente trabalho de conclusão de curso, isentando a UFSC, o Coordenador, o Orientador e a Banca Examinadora de todo e qualquer reflexo acerca do trabalho apresentado para conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia. Estou ciente de que poderei responder administrativa, civil e criminalmente em caso de plágio comprovado do trabalho de conclusão.

Araranguá, junho de 2015.

Claudia Costa Coelho, matrícula: 11103261

Márcia Cristina Gomes Costa, matrícula: 13106497

ANEXO II

UNIVERSIDADE DO
CONTESTADO - UNC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL FÍSICO E EMOCIONAL DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE NO HOSPITAL REGIONAL DE ARARANGUÁ-SC

Pesquisador: Daiana Cristine Bundchen

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41454814.1.0000.0117

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 955.988

Data da Relatoria: 11/03/2015

Apresentação do Projeto:

Dentro das normas solicitadas

Objetivo da Pesquisa:

Descrito o objetivo principal

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide recomendações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente assinada e datada

TCLE apresentado

Recomendações:

recomenda-se que a pesquisadora assine todos os termos entregues no campo pesquisadora responsável.

Endereço: Av. Nereu Ramos 1071			
Bairro: Jardim do Moinho	CEP: 89.300-000		
UF: SC	Município: MAFRA		
Telefone: (47)3641-5500	Fax: (47)3641-5500	E-mail: reitoria@unc.br	

Página 01 de 02

Continuação do Parecer: 955.988

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há. A pesquisadora realizou todas as modificações solicitadas em relatoria anterior.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa com aprovação ética.

MAFRA, 18 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Tadeu Geronasso
(Coordenador)