

Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica¹

Quality of life and hemodialytical treatment: renal insufficiency patient evaluation

Calidad de vida y el tratamiento de hemodiálisis: evaluación del portador de insuficiencia renal crónica

Jacqueline Andréia Bernardes Leão Cordeiro^I, Virginia Visconde Brasil^{II}, Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva^{III}, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira^{IV}, Laidilce Teles Zatta^V, Ana Cláudia de Carvalho Mello Silva^{VI}

¹ Artigo extraído da dissertação "Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica", de Jacqueline Andréia Bernardes Leão Cordeiro, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPGENF/UFG) em 2006.

^I Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Auxiliar da Faculdade de Enfermagem/UFG (FEN/UFG). Goiânia, GO. E-mail: jackbl@uol.com.br.

^{II} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da FEN/UFG. Docente do PPGENF/UFG. Goiânia, GO. E-mail: virginia@fen.ufg.br.

^{III} Biomédico. Doutorando em Biologia Celular e Molecular. Professor Auxiliar da Universidade Católica de Goiás. Goiânia, GO. E-mail: msilvajba@uol.com.br.

^{IV} Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada da FEN/UFG. Docente do PPGENF/UFG. Goiânia, GO. E-mail: lizete@fen.ufg.br.

^V Enfermeira. Mestranda do PPGENF/UFG. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, GO. Goiânia, GO. E-mail: laidteles@hotmail.com.

^{VI} Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Goiânia, GO. Goiânia, GO. E-mail: anaclmello@gmail.com.

RESUMO

Os relatos de portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise sobre as alterações em seu cotidiano após o início do tratamento motivaram indagar quais aspectos têm alterado a qualidade de suas vidas (QV). Estudo descritivo exploratório objetivando avaliar a QV dos portadores de doença renal crônica em hemodiálise, por meio do instrumento *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF). Foram entrevistados 72 pacientes em Goiânia - Brasil, entre abril e maio de 2005. A maioria (52,8%) era do sexo masculino, idade média 51,1 ± 16,6 anos, católica, renda menor que 2 salários mínimos ou não trabalhava, tinha companheiro fixo e fazia hemodiálise há menos que 60 meses. Os maiores escores foram obtidos nas Dimensões "Estímulo por Parte da Equipe de Diálise" (88,37), "Qualidade da Interação Social" (80,83) e "Função Cognitiva" (80,74). As Dimensões "Função Física" (20,49) e "Papel Profissional" (22,22) obtiveram os menores escores. A percepção dos indivíduos nas Dimensões do KDQOL-SF foi influenciada pela religião, gênero, idade, tempo de tratamento, presença de companheiro fixo, escolaridade, se residia sozinho e pelo trabalho. Conclui-se que o indivíduo em hemodiálise sofre alterações na sua QV, as quais indicam que aspectos estão influenciando-a negativamente e que podem direcionar ações dos profissionais.

Descritores: Qualidade de Vida; Cuidados de Enfermagem; Insuficiência Renal; Diálise Renal.

ABSTRACT

The different claims of chronic renal failure patients under hemodialytical treatment about daily life alterations motivated questioning about what had been modified and influenced their quality of life after the treatment. The present study main objective was to evaluate the quality of life of patients with chronic renal failure under hemodialytical treatment, using an instrument called *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF). Seventy two patients from a hemodialytical center in Goiânia - Brazil were interviewed between april and may 2005, and male predominance had been showed with 52.8%. The mean age of patients was 51.1 ± 16.6 years. Results demonstrated that patient's quality of life was prejudiced in some aspects. The highest values were obtained in the dimensions Dialysis Staff Encouragement (88.37), Quality of Social Interaction (80.83) and Cognitive Function (80.74). The Dimensions Physical Role and Work Status had the lowest scores (20.49 and 22.2 respectively). The population perception was influenced by religious choices, gender, years of study, advanced age, time of treatment, family support and by work status. We concluded that people under hemodialytical treatment suffer many alterations in their quality of life, showed by the lowest scores that indicate which aspects need more professional attention.

Descriptors: Quality of Life; Nursing Care; Renal Insufficiency; Renal Dialysis.

RESUMEN

Los informes de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis sobre las alteraciones en su vida diaria, motivaron preguntar qué motivos cambian aspectos de la calidad de sus vidas. Estudio exploratorio y descriptivo para evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, utilizando el instrumento *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF). Entrevistamos a 72 pacientes en Goiânia - Brasil, entre abril y mayo de 2005. La mayoría (52,8%) eran varones, con una edad media 51,1 ± 16,6 años, católica, renda inferior a 2 salarios mínimos o no trabaja, tenían compañero fijo y el tiempo de hemodiálisis fue inferior a 60 meses. Los mejores resultados se obtuvieron en las dimensiones "Estimulación por el equipo de diálisis" (88,37), "Calidad de la interacción social" (80,83) y "La función cognitiva" (80,74). Las dimensiones "Función física" (20,49) y "Rol profesional" (22,22) tuvo la menor puntuación. La percepción de las personas en las dimensiones del KDQOL-SF fue influenciado por la religión, el sexo, la edad, la duración del tratamiento, la presencia del compañero fijo, la escolaridad, si viven solas y de trabajo. Llegamos a la conclusión de que el individuo que se somete al tratamiento de hemodiálisis sufre varias cambios en la calidad de sus vidas, demuestradas pelo valor de las puntuaciones más bajas, indicando qué aspectos tienen una influencia negativa en sus vidas y pudiendo dirigir las acciones de los profesionales.

Descritores: Calidad de Vida; Atención de Enfermería; Insuficiencia Renal; Diálisis Renal.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas têm recebido cada vez mais atenção por parte dos profissionais de saúde e incentivado vários pesquisadores a desenvolverem estudos que objetivam analisar o impacto dessas enfermidades na qualidade de vida da população.

A qualidade de vida é uma dimensão que tem sido considerada na avaliação dos resultados de vários tratamentos, pelo fato de que sobreviver não significa necessariamente viver bem; muitas vezes, ocorrem limitações com prejuízo em várias atividades⁽¹⁾.

Em meio às doenças crônicas existentes está a Insuficiência Renal Crônica (IRC), caracterizada como uma patologia de instalação gradual, na qual o indivíduo acometido desenvolve dependência de uma terapêutica contínua como, por exemplo, a hemodiálise. Esse fato pode causar modificações na vida das pessoas e alterar sua forma de viver ou de perceber o mundo⁽²⁾.

O impacto causado por uma doença e seu tratamento é diferente de um indivíduo para outro, e assim sendo são necessários estudos que valorizem os aspectos individuais, de maneira a se tornar subsídio para direcionar as ações profissionais, especialmente, as da equipe de enfermagem.

Trabalhando como profissionais na área de nefrologia tem sido possível ouvir as observações dos pacientes em tratamento hemodialítico sobre modificações que ocorreram nas suas vidas após o início da terapêutica tais como desemprego, disfunção sexual, troca ou inversão de papéis no lar, conflitos familiares, redução das atividades físicas e profissionais, insegurança e alteração na auto-imagem. Isso indica que é necessário identificar a opinião de quem se submete a este tipo de tratamento, indagando de que maneira a qualidade de sua vida foi alterada pela cronicidade da doença e pela terapêutica proposta. Afinal, um dos desafios do conhecimento é permitir o estabelecimento de relações entre a teoria e prática, obtendo indicadores que possam nortear a ação profissional na busca da qualidade da assistência.

A qualidade de vida no que se refere à saúde significa o modo como a patologia e o tratamento influenciam a percepção individual, de todos os aspectos relacionados às pessoas envolvidas em um contexto de saúde-doença⁽³⁾. Este termo tem sido estudado em múltiplos aspectos, objetivando a sua descrição em determinados grupos populacionais. Tal descrição visualiza a influência dos processos cuidadosos, curativos e preventivos, gerando novos conceitos e teorias, caracterizando os determinantes e condicionantes do que realmente constitui o termo qualidade de vida.

Para alcançar uma assistência de enfermagem qualificada, é fundamental que sejam realizadas

avaliações constantes dos resultados individuais dos pacientes no que se refere aos problemas de saúde, identificando e estabelecendo metas para o cuidar. É fato que indivíduos diferentes com crenças e valores pertinentes à sua vida, percebem e valorizam os acontecimentos de maneira diferente. Pode-se dizer então, que não existe um padrão de qualidade de vida, pois cada ser possui sua individualidade e não é apenas receptor de cuidados, mas sim co-responsável por sua recuperação física, moral e espiritual⁽⁴⁾.

A qualidade de vida é, pois, caracterizada como um conceito multidimensional, que difere entre um e outro autor. Porém, todos concordam ser de suma importância a inclusão no conceito, de aspectos físicos como a capacidade funcional, as interações sociais, o comportamento afetivo e emocional e a saúde mental, incorporando desta maneira os diversos aspectos da vida humana. Adicionalmente, também estão de acordo com o fato de que somente o indivíduo pode avaliar ou qualificar sua vida⁽⁵⁻⁷⁾.

Para a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida pode ser definida como "a percepção que o indivíduo possui de sua vida e que envolve um sistema de cultura e valores aos quais ele vive, relacionando-os com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"⁽⁴⁾.

As informações adquiridas sobre a qualidade de vida dos indivíduos são essenciais para avaliação das intervenções fornecidas, pois evidenciarão o impacto da doença e do tratamento em suas vidas. Esse processo se torna possível por meio da utilização de instrumentos existentes e validados, baseados em conceitos de saúde, sendo a principal fonte de informação o próprio paciente⁽⁸⁾.

Para avaliação da qualidade de vida são propostos instrumentos denominados genéricos e específicos. Os específicos detectam particularidades da qualidade de vida em determinadas situações. Avaliam de maneira individual e específica aspectos como função física, sexual, sono, fadiga entre outros, que são fundamentais para se avaliar algo subjetivo como qualidade de vida.

É necessário que os pesquisadores utilizem os instrumentos disponíveis, de maneira a validá-los nos diferentes grupos. No Brasil, foi traduzido e validado o instrumento denominado *Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)*⁽⁹⁾ que aborda especificamente os portadores de doença renal, proposto por um grupo que estuda sobre qualidade de vida⁽¹⁰⁾. É preciso que seja aplicado, reafirmando sua aplicabilidade na realidade brasileira e colaborando para a construção do conhecimento sobre a qualidade de vida do doente renal crônico.

Existem na literatura brasileira estudos que avaliam a qualidade de vida do portador de doença renal crônica em tratamento hemodialítico^(8-9,11).

Contudo, considera-se fundamental a observação cuidadosa na nossa própria realidade, de maneira a identificar as necessidades dos indivíduos em tratamento hemodialítico, bem como para validar ações que já estão sendo realizadas pela equipe multiprofissional.

Portanto, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida dos portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico, por meio do instrumento *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF™ 1.3).

METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório realizado em uma clínica de hemodiálise no município de Goiânia, Goiás. A clínica atendia 93 adultos com insuficiência renal crônica, encaminhados pelo Sistema Único de Saúde, entre abril e maio de 2005. Foram excluídos 21 pacientes por apresentarem dificuldade de compreensão do instrumento ou instabilidade clínica, bem como não atender ao critério de inclusão de realizar hemodiálise há mais de três meses. A equipe de enfermagem era composta de duas enfermeiras e seis técnicos de enfermagem.

Aplicou-se um instrumento constando variáveis sócio-demográficas e o questionário *Kidney Disease Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF). As variáveis sócio-demográficas eram categóricas e as do KDQOL-SF, dicotômicas ou do tipo *Likert* medindo intensidade, capacidade, frequência e avaliação, relacionadas às quatro últimas semanas de vida da pessoa. As 80 questões do KDQOL-SF são agrupadas em oito Dimensões genéricas e 11 específicas da doença renal e foram respondidas em aproximadamente 30 minutos.

Os dados foram tabulados em Programa Microsoft Excel® 2003 e, as respostas foram recodificadas em escores que variaram de zero (pior estado) a 100 (melhor estado), seguindo as recomendações do KDQOL *Working Group*⁽¹⁰⁾. Usou-se a estatística descritiva para as variáveis sócio-demográficas, calculou-se a média e intervalos de 95% de confiança para cada Dimensão e utilizou-se o Teste *t* para analisar as diferenças das médias, considerando como significativo o valor de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Superintendência Leide das Neves Ferreira de Goiânia/GO, registro nº 0005.0.177.000-05. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após as explicações dos objetivos da pesquisa e sobre o caráter voluntário e confidencial da sua participação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características sócio-demográficas

Dos 72 pacientes entrevistados, 52,8% era do sexo masculino, com idade média de $51,1 \pm 16,6$ anos (30,6% ≥ 61 anos). A doença renal crônica atinge tanto homens quanto mulheres indistintamente. Além disso, é grande o número de indivíduos com idade mais avançada em tratamento hemodialítico devido às doenças associadas como o diabetes mellitus tipo 2 e a hipertensão⁽¹²⁾.

Do total dos participantes, 58,3% tinha companheiro fixo e apenas oito moravam sozinhos. Em geral o suporte familiar significativo e um relacionamento saudável com amigos favorecem o enfrentamento da doença e seu tratamento, minimizando perdas e frustrações impostas pela patologia na rotina de vida.

Apenas 19,4% (14/72) dos entrevistados não tinham filhos. Em relação ao grau de escolaridade verificou-se que 38,9% (28/72) sabiam ler e escrever (a maioria lia algumas palavras e assinava o próprio nome).

A maioria (59,7%) dos entrevistados era composta por católicos e 27,8% (20/72) eram evangélicos. A renda mensal da maioria (54,2%) dos entrevistados era de um a dois salários mínimos. Em relação ao tempo de tratamento hemodialítico observou-se que a maioria (66,3%) tinha mais que 12 meses e um ainda não tinha fístula arterio-venosa.

Confirmando os resultados de outro estudo⁽¹¹⁾, a maioria (77,8%; 56/72) não trabalhava, principalmente em função da doença renal. Aqueles que trabalhavam, o faziam como autônomos e 6,9% (5/72) estava em algum serviço privado. Ou seja, o tratamento hemodialítico representa dificuldade para que se mantenham empregados e possam colaborar com a renda familiar, pois precisam se afastar do trabalho para frequentar as sessões de hemodiálise.

Dimensões do KDQOL-SF

Os valores das médias e intervalos de confiança (95%) das 19 Dimensões do KDQOL-SF indicam que o maior escore foi obtido na Dimensão Estímulo por Parte da Equipe de Diálise (88,37), seguido das Dimensões Qualidade da Interação Social (80,83), Função Cognitiva (80,74) e Satisfação do Paciente (80,09). Os menores escores foram os relativos às Dimensões Função Física (20,49), Papel Profissional (22,22), Sobrecarga da Doença Renal (34,55) e Função Emocional (36,57), descritos na Tabela 1.

Tabela 1: Médias dos escores de cada Dimensão do KDQOL-SF obtida por 72 indivíduos em tratamento hemodialítico. Goiânia, 2005.

Dimensões	Média	IC (95%)
1. Funcionamento físico	57,08	54,05 - 60,11
2. Função física	20,49	15,80 - 25,18
3. Dor	62,47	56,79 - 68,14
4. Saúde geral	56,74	53,07 - 60,40
5. Bem-estar emocional	64,67	61,26 - 68,07
6. Função emocional	36,57	30,10 - 43,05
7. Função social	64,58	59,00 - 70,17
8. Energia e fadiga	52,78	48,88 - 56,68
9. Lista de sintomas e problemas	75,17	73,07 - 77,28
10. Efeitos da doença renal	54,17	51,01 - 57,32
11. Sobrecarga da doença renal	34,55	29,86 - 39,24
12. Papel profissional	22,22	15,35 - 29,09
13. Função cognitiva	80,74	77,23 - 84,25
14. Qualidade da Interação Social	80,83	76,81 - 84,85
15. Função sexual	73,86	66,44 - 81,29
16. Sono	64,83	60,91 - 68,75
17. Suporte social	71,99	65,87 - 78,10
18. Estímulo por parte da equipe de diálise	88,37	84,69 - 92,04
19. Satisfação do paciente	80,09	75,75 - 84,43

Os menores escores permitem que sejam feitas inferências, direcionando a atenção dos profissionais para os aspectos que, na opinião do grupo estudado, estão influenciando ou modificando suas vidas e merecem ser valorizados. Isso não significa, contudo, que as demais Dimensões possam ser menosprezadas. É preciso ter em mente a possibilidade de mudanças na avaliação que cada um faz da própria vida. Afinal, a qualidade de vida é considerada como o julgamento de valores em determinadas circunstâncias. Ou seja, são consideradas a temporalidade e individualidade,

sendo, portanto, mutável.

É interessante que se faça uma comparação dos valores obtidos no presente estudo com outros trabalhos já publicados na literatura especializada^(9,13), mesmo que não sejam todos realizados no Brasil (Tabela 2). Chama atenção os altos escores obtidos nos três estudos (92,34; 88,37; 79,20) na Dimensão Estímulo por Parte da Equipe de Diálise, apontando para o reconhecimento dos pacientes em relação ao trabalho dos profissionais que ali atuam.

Tabela 2: Comparação das médias por Dimensão do KDQOL-SF, entre o presente estudo, os dados de Duarte⁽⁹⁾ e Martín et al⁽¹³⁾. Goiânia, 2005.

Dimensão	Duarte ⁽⁹⁾	Martín ⁽¹³⁾	Presente Estudo	IC (95%)
1. Funcionamento físico	60,59	74,60	57,08	54,05-60,11
2. Função física	55,91	69,70	20,49	15,80-25,18
3. Dor	68,32	77,50	62,47	56,79-68,14
4. Saúde geral	55,00	59,10	56,74	53,07-60,40
5. Bem-estar emocional	67,17	74,70	64,67	61,26-68,07
6. Função emocional	63,44	80,10	36,57	30,10-43,05
7. Função social	78,87	90,30	64,58	59,00-70,17
8. Energia e fadiga	61,18	61,30	52,78	48,88-56,68
9. Lista de sintomas e problemas	82,39	82,90	75,17	73,07-77,28
10. Efeitos da doença renal	73,64	70,70	54,17	51,01-57,32
11. Sobrecarga da doença renal	44,49	56,00	34,55	29,86-39,24
12. Papel profissional	20,97	26,30	22,22	15,35-29,09
13. Função cognitiva	79,26	86,80	80,74	77,23-84,25
14. Qualidade da Interação Social	81,80	86,90	80,83	76,81-84,85
15. Função sexual	34,08	62,70	73,86	66,44-81,29
16. Sono	77,28	70,30	64,83	60,91-68,75
17. Suporte social	87,81	82,40	71,99	65,87-78,10
18. Estímulo por parte da equipe de diálise	92,34	79,20	88,37	84,69-92,04
19. Satisfação do paciente	70,43	77,80	80,09	75,75-84,43

Inversamente aos escores anteriores, observam-se nos três estudos analisados, baixos escores (20,97; 26,30 e 22,22) na Dimensão Papel Profissional, que inclui questões relacionadas às dificuldades no trabalho. Esse fato demonstra o quanto o "não trabalho" incomoda as pessoas. Provoca insatisfação e gera transtornos pessoais e familiares, pois, o paciente se sente excluído da sociedade e se considera um "peso" para as pessoas de seu convívio. Sentir-se útil, produtivo pode ser considerada uma necessidade humana.

Outra Dimensão a ser ressaltada é a Função Sexual, que obteve escores baixos nos dois estudos destacados (34,08 e 62,70), contrapondo-se ao escore elevado na presente pesquisa (73,86). À época da coleta de dados do presente estudo não havia profissionais do sexo masculino no atendimento aos indivíduos e eles podem ter omitido sua insatisfação. Coincidência ou não, foram observadas várias queixas sobre o assunto logo em seguida, após a contratação de um profissional médico do sexo masculino e de uma psicóloga. Outro estudo⁽¹⁴⁾ também apontou que a insatisfação sexual está presente nos pacientes em hemodiálise, considerada uma complicação comum que pode prejudicar sua qualidade de vida.

Esse fato indica que é necessária observação constante e sistemática dos indivíduos, de maneira a identificar alterações que surgem no dia-a-dia, permitindo intervenções imediatas.

Estratificação das Variáveis

Ao realizar a estratificação das variáveis, os resultados do presente estudo indicaram que não houve diferença estatística significativa no que se refere à renda familiar mensal, acesso vascular, quantidade de filhos e presença de acompanhante na sessão de hemodiálise.

A Dimensão Papel Profissional avalia se o paciente acredita que a saúde o impediu de exercer trabalho remunerado. Ao estratificar a variável **religião** foi identificada diferença estatística significativa entre os católicos e evangélicos e os que afirmaram não possuir religião ($p < 0,05$). Tanto os indivíduos católicos quanto os evangélicos referiram menos dificuldades no trabalho quando relacionados àqueles indivíduos que afirmaram não possuir religião. Os valores das médias nessa Dimensão foram 0,00; 19,77; 27,50 para quem não tem religião, católicos e evangélicos, respectivamente. O maior escore reflete a melhor situação referida pelos pacientes.

Nas respostas às questões da Dimensão Lista de Sintomas e Problemas que avalia quanto um problema/sintoma incomodou o indivíduo nos últimos 30 dias, houve novamente diferença estatística significativa ($p < 0,05$) entre os católicos e evangélicos

e aqueles que afirmaram não possuir religião, indicando que os primeiros enfrentam melhor o aparecimento da fadiga, prurido, cefaleia e náuseas, dentre outros sintomas. Confirmam tal afirmação os valores das médias dos escores dessa Dimensão no estrato religião, sendo o menor valor daqueles que afirmam não ter religião (65,10) e o maior dos evangélicos (76,77).

Tanto a fé quanto a crença em algo sagrado são detectadas frequentemente em pessoas que estão em processo de adoecimento. Estes indivíduos buscam nos momentos de dor e incerteza, o alívio e a esperança por meio de ajuda divina no intuito de resgatar sentido para suas vidas. É notório que pessoas religiosas possuem capacidade para enfrentar de maneira mais confortável e menos traumática os problemas crônicos, e que o envolvimento religioso proporciona bem-estar associado a um elevado nível de qualidade de vida.

Diferenças significativas foram observadas ao se comparar as **mulheres** com os **homens** nas Dimensões Funcionamento Físico, Bem-Estar Emocional e Papel Profissional.

Na Dimensão Funcionamento Físico que avalia quais limitações existem após a instalação da doença e se estes limites se relacionam com a capacidade física para realizar atividades corriqueiras como varrer o chão, levantar ou carregar compras, subir escadas entre outras, as mulheres relataram maior incapacidade que os homens. A média do escore dessa Dimensão referida pelas mulheres foi menor (50,88) que a dos homens (62,63).

Normalmente as mulheres são responsáveis por um conjunto de atividades (donas de casa, profissionais, esposas e mães), que, na opinião de alguns autores^(13,15), provavelmente será modificado na vigência de uma doença crônica e um tratamento contínuo como a hemodiálise.

Na Dimensão Bem-Estar Emocional também as mulheres referiram maior ansiedade, depressão, alterações de comportamento e menor bem-estar psicológico que os homens, evidenciado pelo menor valor obtido pela média do escore do estrato gênero na Dimensão (57,88 e 70,74 respectivamente). A depressão nos pacientes em hemodiálise é detectada em alguns estudos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, associada à falta de aceitação e às modificações surgidas na vida desta população após a instalação da doença.

Aqueles que possuíam **idade superior a 60 anos** apresentaram diferenças estatísticas em relação aos demais nas Dimensões Função Física, Sono e Função Sexual, indicando que quanto maior a faixa etária maiores as dificuldades enfrentadas ($p < 0,05$). Essas afirmações são possíveis a partir da observação das médias dos escores dessas Dimensões, obtidas pelos estratos da variável (11,36; 58,64 e 70,83 respectivamente), cujos

menores valores foram daqueles com faixa etária maior que 60 anos.

Normalmente, observa-se na prática que pessoas com essa faixa etária queixam-se da doença como algo que atrapalha suas vidas resultando muitas vezes em desajustes pessoais e familiares. Além dos prejuízos físicos relatados pelos pacientes em idade avançada, também são ressaltadas as perdas relacionadas aos aspectos sociais em seu cotidiano⁽¹⁸⁾.

Para outros autores⁽¹⁹⁾ a idade pode interferir na aceitação e percepção da doença. Para alguns com idade avançada é percebido um controle emocional que facilita a adaptação ao tratamento, enquanto que para outros significa um empecilho surgido em suas vidas no momento em que realmente estavam prontos para viver. Por essas controvérsias, os autores consideram fundamental a realização de estudos aprofundados neste sentido, para que sejam identificadas as reais necessidades desta população.

A Dimensão Sono avalia a qualidade do sono (frequência com que o indivíduo acorda durante a noite, a quantidade de horas que dorme e as dificuldades de se manter acordado durante o dia). Há semelhanças com os resultados de outro estudo⁽²⁰⁾, que identificou que quanto maior a idade das pessoas submetidas ao processo hemodialítico, maior a dificuldade para o sono adequado e maior a insatisfação com a qualidade de suas vidas. O sono satisfatório é fundamental para que os indivíduos possam revigorar suas energias e enfrentar as dificuldades diárias.

O **tempo de hemodiálise** influenciou nas respostas dos entrevistados, sendo que aqueles com até 12 meses de tratamento foram estatisticamente diferentes dos demais nas Dimensões Energia e Fadiga, Bem-Estar Emocional, Funcionamento Físico e Dor ($p < 0,05$). É importante ressaltar que as Dimensões Funcionamento Físico e Energia e Fadiga, avaliam principalmente o desempenho nas atividades diárias e de trabalho, como também a sensação de desânimo e falta de energia presentes em função dos sintomas da doença. Essas afirmações são resultado da observação das médias dos escores destas Dimensões nos estratos das variáveis, cujos menores valores (49,40; 56,80; 53,40; 60,70 respectivamente) foram atribuídos aos indivíduos com até 12 meses em tratamento hemodialítico.

Confirmando esses resultados, alguns autores^(13,15) apontam que quanto maior o tempo de permanência em tratamento hemodialítico, maiores serão as estratégias desenvolvidas pelos indivíduos para o enfrentamento tanto da doença quanto do tratamento.

A maioria dos entrevistados afirmou ter **companheiro fixo**. Quando comparados com os demais, foram observadas diferenças estatísticas

significativas nas Dimensões Função Física, Efeitos da Doença Renal e Função Sexual ($p < 0,05$).

O menor valor da média do escore atribuído pelos que não têm companheiro fixo na Dimensão Função Física (15,00), comparado com os que têm (24,40), indica que a capacidade para desempenhar atividades habituais e corriqueiras relacionada aos aspectos físicos, foi percebida de maneira negativa pelas pessoas que não têm companheiro fixo.

A Dimensão Efeitos da Doença Renal avalia o impacto das restrições líquidas/ alimentares, condições para viajar, levantar objetos, aparência pessoal e tempo livre. Esse impacto foi maior para aqueles sem companheiro fixo (49,27 / 57,66).

A média dos escores da Dimensão Função Sexual indicou que as pessoas que não têm companheiro fixo (63,39) sentiram maior dificuldade em se satisfazerem sexualmente do que as demais (81,58).

Outro aspecto analisado nesta pesquisa foi comparar as pessoas que **moravam sozinhas** com aquelas que moravam com familiares. Houve diferença estatística entre eles nas Dimensões Funcionamento Físico, Efeitos da Doença Renal e Função Sexual ($p < 0,05$). Em todas essas Dimensões, os valores médios atribuídos aos escores nos estratos da variável pelos que moram sozinhos foram menores, indicando pior situação (19,14 / 31,25; 42,97 / 55,57 e 41,67 / 77,08 respectivamente). Isso reforça a importância do suporte familiar na qualidade da vida dos pacientes em tratamento hemodialítico e indica para a equipe a necessidade da inclusão da família em seu plano de cuidados, tanto como colaborador no atendimento ao paciente, quanto como objeto de suas ações profissionais.

Os resultados mostram ainda diferença estatística significativa ($p < 0,05$) entre as respostas dos indivíduos, dependendo do seu **grau de escolaridade**, evidenciados pelas médias dos escores. As Dimensões em que isso ocorreu foram Saúde Geral, Energia e Fadiga, Função Sexual, Sono e Lista de Sintomas e Problemas. Os indivíduos que mais se queixaram foram aqueles com 1º grau de escolaridade, exceto na Dimensão Lista de Sintomas, cujas maiores queixas foram daqueles que possuíam o 3º grau de escolaridade. Em geral, não é fácil associar o grau de instrução formal das pessoas com sua maneira de enfrentar determinadas situações como a doença crônica.

As respostas às questões sobre trabalho indicaram diferença estatística ($p < 0,05$) na Dimensão Papel Profissional entre aqueles que trabalham e não trabalham. A maioria dos entrevistados não trabalhava (25,89) e quem trabalhava (9,38) sentia mais o efeito dos sintomas.

Fazem parte do KDQOL-SF questões cujas respostas não integram o cálculo dos escores das

Dimensões. A primeira delas é a questão número dois que avalia como está a saúde geral atualmente, em comparação há um ano. A maioria das pessoas (27,8%) afirmou que sua saúde estava aproximadamente igual e muito melhor agora do que há um ano. A outra questão, específica para a doença renal, indicou que a saúde geral se encontrava numa escala de meio termo a melhor possível.

Assim, os dados sugerem que o tratamento hemodialítico permite uma avaliação positiva da saúde em geral, principalmente pela redução de alguns sintomas existentes antes do tratamento como mal-estar, astenia, inapetência, indisposição e, muitas vezes o medo da morte.

CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa nos permitem concluir que o portador de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico sofre alterações na qualidade de sua vida, evidenciadas pelo valor dos escores atribuídos às diferentes Dimensões do KDQOL-SF.

As Dimensões que obtiveram os maiores escores foram "Estímulo por Parte da Equipe de Diálise" (88,37), "Qualidade da Interação Social" (80,83), "Satisfação do Paciente" (80,09), "Função Sexual" (73,86) e "Função Cognitiva" (80,74). Por outro lado, as menores médias dos escores foram nas Dimensões "Função Física" (20,49), "Papel Profissional" (22,22), "Sobrecarga da Doença Renal" (34,55) e "Função Emocional" (36,57). Esses resultados indicam quais aspectos estão influenciando negativamente ou modificando as vidas do grupo estudado, e podem direcionar ações dos profissionais.

Observou-se que a percepção dos indivíduos frente aos aspectos analisados em cada Dimensão do KDQOL-SF não é homogênea. Essa percepção foi influenciada pela idade, gênero, tempo de tratamento, presença ou não de um companheiro fixo, religião, grau de escolaridade, se reside sozinho ou não e pelo trabalho.

Os católicos e evangélicos referiram ter menos dificuldades no trabalho e enfrentar melhor os sintomas da doença renal (fadiga, prurido, cefaleia e náuseas) quando comparados com aqueles indivíduos que afirmaram não possuir religião.

As mulheres referiram maior incapacidade após a instalação da doença para realizar atividades corriqueiras "simples" como varrer o chão, levantar ou carregar compras, subir escadas, que os homens. Referiram também mais depressão, ansiedade e menor bem-estar, bem como mais dificuldades no trabalho do que os homens.

Aqueles com mais de 60 anos referiram enfrentar mais dificuldades para realizar atividades físicas, menor qualidade de sono e pior

funcionamento sexual.

Os que faziam hemodiálise há menos que 12 meses referiram melhor situação nos aspectos ligados à energia e fadiga (sensação de desânimo e falta de energia para as atividades diárias e de trabalho), bem-estar emocional, funcionamento físico e dor.

A presença de um companheiro fixo ou de um familiar foi considerada positiva no que se refere à realização de atividades habituais e corriqueiras relacionadas aos aspectos físicos, satisfação sexual e impacto dos efeitos da doença renal.

Os entrevistados com 1º grau de escolaridade referiram mais queixa de fadiga, baixa qualidade de sono e insatisfação sexual, avaliaram pior sua saúde em geral, referiram mais dor e menor bem-estar emocional. Aqueles com 3º grau queixaram-se mais dos sintomas.

A maioria não trabalhava em função da doença renal ou da perda da visão. Os que trabalhavam percebiam mais o impacto da doença no papel profissional.

A avaliação da saúde geral comparada há um ano, foi considerada pela maioria como da mesma forma, ou melhor.

Na atualidade, cada vez mais a preocupação com a qualidade de vida dos indivíduos submetidos a qualquer tratamento tem sido objeto da atenção dos enfermeiros, sendo considerada um dos principais objetivos terapêuticos das enfermidades crônicas. Com a instalação de enfermidades como a insuficiência renal crônica, as pessoas precisam aprender a conviver com as diversas limitações advindas da doença e do tratamento que muitas vezes modificam seu estilo de vida em maior ou menor grau. Essas modificações em sua maioria, atuam de maneira negativa refletindo em todos os aspectos relacionados às condições humanas.

Os profissionais precisam aprender a lidar com as variadas situações que se apresentam. Esse estudo buscou identificar quais aspectos requerem maior atenção por parte da equipe multiprofissional, utilizando-se da premissa de que quem sabe onde sua vida foi alterada é o próprio indivíduo, objetivando melhorar a qualidade do cuidado ministrado. É essencial reconhecer que este estudo foi realizado em um único centro de tratamento hemodialítico, com uma população originada do Sistema Único de Saúde, o que de alguma maneira poderia levar à conclusão que os resultados não se aplicariam a outros locais. Contudo, quando observados os resultados de demais estudos foram percebidas semelhanças, reforçando a ideia de que são evidências que merecem a atenção dos profissionais.

Vale a pena atentar para o que possa ter influenciado nas respostas positivas das Dimensões

Estímulo por Parte da Equipe de Diálise, Satisfação do Paciente e Função Sexual. Ainda que a avaliação deles tenha sido satisfatória esta reflexão é pertinente para a equipe, pois o que se observa é que, de uma maneira geral, o tempo de contato paciente-enfermeiro tem sido reduzido, por vezes sendo restrito pelas obrigações burocráticas impostas pelas instituições. Ao mesmo tempo é necessário lembrar que o vínculo já estabelecido dos profissionais com os pacientes pode ter influenciado nas respostas.

É necessário lembrar também, que o número de indivíduos que inicia tratamento hemodialítico é maior a cada ano, bem como está havendo envelhecimento da população, o que aponta para a necessidade premente de profissionais qualificados e em número suficiente para atendê-los. As recomendações do Ministério da Saúde preconizam 35 pacientes por turno para cada profissional enfermeiro, o que pode inviabilizar o cuidado individualizado, que possa ser qualificado como "aquele que eu gostaria de receber".

É sabido que qualquer mudança demanda tempo e principalmente mudança de posturas. Isso só acontece a partir de iniciativas e reflexões individuais sobre o próprio comportamento profissional, que indiretamente refletem como a pessoa percebe seu papel profissional. Acredita-se que essa pesquisa possa subsidiar a identificação e implementação de novas estratégias que contribuam para a melhora da qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. Ainda é importante ressaltar, que a aplicação de instrumentos que avaliem a qualidade de vida de pessoas acometidas por doenças crônicas se faz necessária de maneira a qualificar o cuidado, como aquele pelo qual o enfermeiro é responsável e que toda pessoa tem o direito de receber.

REFERÊNCIAS

1. Lima AFC. O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2000.
2. Rossi VEC, Barbosa LM. Impacto do diagnóstico de doença crônica em um grupo de diabéticos da cidade de Passos-MG. *Nursing*. 2003;65(6):39-42.
3. Higa K, Kost MT, Soares DM, Morais MC, Polins BRG. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta paul. enferm.* 2008;21(Número Especial): 203-6.
4. Brasil VV. Qualidade de vida do portador de marcapasso cardíaco: antes e após implante [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 148 p.
5. Santos PR, Pontes LRSK. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Rev. Ass. Med. Bras.* 2007;53(4):329-34.
6. Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev. Ass. Med. Bras.* 2003;49(3):245-9.
7. Rezende RC, Porto IS. Cuidado de enfermagem para clientela em hemodiálise: suas dimensões instrumentais e expressivas. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009 [cited 2009 dez 30];;11(2):266-74. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a05.htm>
8. Duarte PS, Ciconelli RM, Sesso R. Cultural adaptation and validation of the "Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)" in Brazil. *Braz. J. Med. Biol. Res.* 2005;38(2):261-70.
9. Duarte PS. Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos em programa dialítico - "Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF™1.3)" [thesis]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina/USP; 2003.
10. Hays RD, Kallich JE, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB, et al. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), version 1.2: a manual for use and scoring.* Santa Monica: RAND; 1995.
11. Sesso R, Rodrigues-Neto JF, Ferraz MB. Impact of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. *Am J Kidney Dis.* 2003;41(1):186-95.
12. Lopes GB, Martins MTS, Matos CM, Amorim JL, Leite EB, Miranda EA, Lopes AA. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Rev. Ass. Med. Bras.* 2007;53(6):506-9.
13. Martín F, Reig A, Sarró F, Ferrer R, Arenas D, González F et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF). *Rev Diálisis e Transplante.* 2004;25(2):79-92.
14. Yassumoto G, Bezerra CS, Facio Junior NF, Azoubel R. Avaliação da função erétil e da qualidade de vida sexual em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico no Hospital de Base São José do Rio Preto-FAMERP. *Arq Ciênc Saúde.* 2004;11(2):67-9.
15. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005;13(5):670-6.
16. Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, Danko H. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *Am J Kidney Dis.* 2003;42(4):713-21.
17. Van Doorn KJ, Heylen M, Mets T, Verbeelen D. Evaluation of functional and mental state and quality

of life in chronic haemodialysis patients. *Int Urol Nephrol*. 2004;36(2):263-7.

18. Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(3):525-32.

19. Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F et al. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res*. 2005;14(1):179-90.

20. Parker KP, Kutner NG, Bliwise DL, Bailey JL, Rye DB. Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and quality of life in stable patients on hemodialysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2003 [cited 2009 dez 30];1:68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC320494/pdf/1477-7525-1-68.pdf>.

Artigo recebido em 21.10.08.

Aprovado para publicação em 24.08.09.

Artigo publicado em 31.12.09.