

## QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Angélica Aparecida da Silva<sup>1</sup>, Naiara da Silva Negreiros<sup>1</sup>, Raíssa de Fátima Pimentel Melo<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Biomedicina da Faculdade de São Lourenço - UNISEPE. São Lourenço/MG.

<sup>2</sup> Biomédica, Doutora em Ciências, Docente da Faculdade São Lourenço - UNISEPE. São Lourenço/MG.

\* [raissamelousp@gmail.com](mailto:raissamelousp@gmail.com)

### RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é, atualmente, considerada um problema de saúde pública a nível global, acometendo cerca de 10% da população mundial. O tratamento dos pacientes envolve o reconhecimento de aspectos distintos que englobam a doença de base, o estágio da doença, a velocidade na qual a diminuição da filtração glomerular ocorre e a identificação de complicações e comorbidades, exigindo mudanças de comportamento do portador em relação a diferentes aspectos, como alimentação e hábitos diários. Esta revisão bibliográfica tem por objetivo analisar e compilar os resultados de trabalhos - artigos e publicações científicas de relevância na área - que vêm sendo realizados para melhor compreender as características sociais, fisiológicas e psicológicas dos pacientes tratados por hemodiálise, avaliando o reflexo da DRC na qualidade de vida (QV) de seus portadores, mediante aplicação de dois questionários empregados na área: SF-36 E KDQOL-SF™ (36). Os estudos reportados neste trabalho apontam uma tendência na redução da QV, associada especialmente à capacidade funcional, aspectos físicos, alterações no trabalho e vitalidade, além da sobrecarga imposta pela doença. Além disso, a investigação dos indicadores qualitativos de QV são parte importante da abordagem a ser adotada na terapêutica da DRC e a análise crítica dos dados apresentados oferece ferramentas para implementação de novas estratégias, visando a melhoria na QV e otimização do tratamento hemodialítico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença Renal Crônica, hemodiálise, qualidade de vida, SF-36, KDQOL-SF.

## ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is currently considered a global public health problem, affecting almost 10% of the world population. The treatment involves the recognition of different aspects that encompass the underlying disease, the stage of the disease, the speed at which the decrease in glomerular filtration occurs and the identification of complications and comorbidities, requiring changes in the patient's behavior in relation to different aspects such as food and daily habits. This review aims to analyze and compile the results of papers – reference scientific publications in the area - carried out to better understand the social, physiological, and psychological characteristics of patients treated by hemodialysis. The impacts of CKD on the patient's quality of life (QOL), were analyzed through the application of two questionnaires used in the area: SF-36 and KDQOL-SF™ (36). The studies reported in this review point to a trend in the reduction of QOL, especially associated with functional capacity, physical aspects, change in work and vitality, in addition to the overload caused by the disease. In addition, the investigation of qualitative QOL indicators is an important part of the approach to be adopted in CKD therapy and a critical analysis of the data provides tools for implementing new advanced approaches, enriching QOL and optimizing hemodialysis treatment.

**KEYWORDS:** Chronic Kidney Disease, hemodialysis, life quality, SF-36, KDQOL-SF.

## 1. INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) se caracteriza por uma lesão do órgão com perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada, é definida como Insuficiência Renal Crônica (IRC), quando os rins não conseguem manter a homeostasia do paciente. As principais causas da IRC são a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* (ROMÃO, 2004; HIGA et al., 2008).

Dentre os tratamentos disponíveis, alguns são capazes de aliviar os sintomas, mediante a substituição parcial da função renal, embora não levem a cura da doença. São eles: a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI), hemodiálise (HD) e o transplante renal (MARTINS e CESARINO, 2005). Os tratamentos apontados têm por objetivo manter a homeostase do organismo e proporcionar uma melhor qualidade de vida (QV) aos indivíduos acometidos pela doença (REIS et al., 2008; SILVA et al., 2011).

O constante desenvolvimento tecnológico da medicina no tratamento da DRC tem contribuído para manutenção da sobrevida dos pacientes, embora o impacto na QV dos indivíduos não possa ser revertido. A DRC acomete acentuadamente o funcionamento físico e profissional do indivíduo, bem como sua percepção da própria saúde. Os níveis de energia e vitalidade são afetados, resultando na redução ou limitação das interações sociais, culminado com o desenvolvimento de desordens associadas, inclusive, à saúde mental do indivíduo (MARTINS e CESARINO, 2005; DUARTE et al., 2003; SILVA et al., 2011).

Além disso, durante o tratamento hemodialítico, pacientes têm experimentado complicações associadas ao processo, que contribuem para uma piora significativa na QV, acometida pela gravidade de intercorrências clínicas e/ou complicações paralelas, tais como: dor, câimbras, náuseas, vômitos, diarreia ou dispnéia, bem como pela quantidade de medicação exigida para aliviar os sintomas (TERRA et al., 2010; MARAGNO et al., 2012; PUPIALES GUAMÁN, 2012).

Para a avaliação da QV, uma coleta de dados dos pacientes com DRC em tratamento de hemodiálise é realizada, mediante aplicação de questionários ou formulários específicos. Dentre eles, destacam-se o questionário SF-36, do inglês *Short-Form Health Survey 36* e o formulário KDQOL-SF, do inglês *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form*.

O objetivo desta pesquisa é analisar e compilar os resultados de trabalhos que vêm sendo realizados com o intuito de avaliar a QV das pessoas com DRC, bem como o impacto

do tratamento de hemodiálise nas suas atividades cotidianas, tanto nos aspectos físicos, quanto emocionais. Propõe-se ainda, uma análise comparativa entre os principais instrumentos de avaliação de QV relacionada a saúde no contexto da DRC.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a QV de pessoas com IRC em tratamento de hemodiálise, explorando os diferentes métodos empregados na determinação deste índice.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar as alterações comportamentais dos pacientes em tratamento de diálise em relação a diversos aspectos, como hábitos diários, características sociais, fisiológicas e psicológicas.
- Identificar as atividades cotidianas comprometidas após o início do tratamento de hemodiálise.
- Fazer uma análise crítica comparativa entre os instrumentos de avaliação de QV relacionados a saúde no contexto da DRC.

## **3. METODOLOGIA**

Este estudo é definido como uma revisão bibliográfica, do tipo exploratória. Conforme reportado por Gil, trata-se de uma pesquisa elaborada com base em material já publicado, tendo como objetivo analisar resultados e posicionamentos diversos em relação a um determinado assunto (GIL, 2008).

O estudo foi baseado em pesquisa bibliográfica através de artigos e publicações científicas de referência na área, permitindo a realização de uma breve avaliação acerca da QV dos pacientes em tratamento de hemodiálise. A coleta foi realizada nas bases eletrônicas Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*) e PubMed (NCBI - *National Center for Biotechnology Information*). A triagem inicial foi realizada mediante leitura dos resumos dos artigos. Conforme avaliação, os artigos de interesse foram selecionados e analisados de forma

a se extrair o conteúdo de interesse para essa revisão. Os descritores utilizados foram: “QV de pacientes renais crônicos”; “Efeitos da DRC”; “Avaliação das condições dos pacientes”, “Planejamento e adequabilidade da diálise”, “Impactos da DRC na QV”, tanto em língua portuguesa como inglesa.

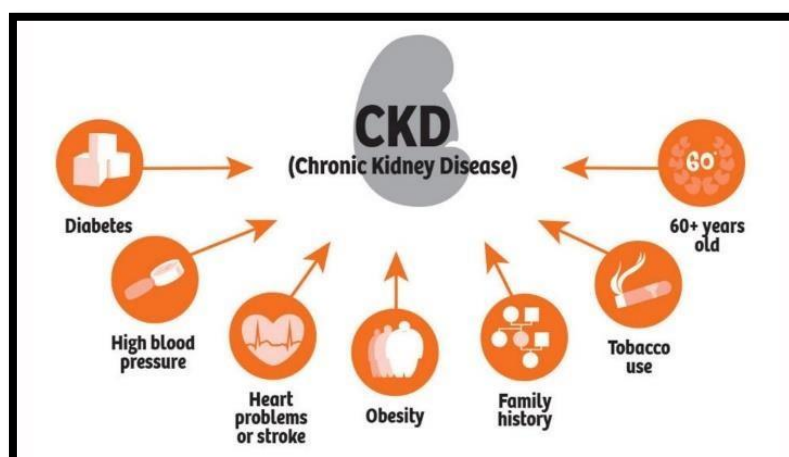
#### **4. DESENVOLVIMENTO**

##### **4.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA: ASPECTOS GERAIS**

Por definição, a DRC é uma síndrome clínica secundária à alteração definitiva da função e/ou estrutura do rim, descrita por sua irreversibilidade e evolução lenta e progressiva. É importante ressaltar que a patologia representa maior risco de complicações e mortalidade, especialmente quando em associação com doenças cardiovasculares (AMMIRATI, 2020; NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002).

As causas mais comuns da DRC incluem diabetes, hipertensão, glomerulonefrite crônica, pielonefrite crônica, uso prolongado de medicamentos anti-inflamatórios, doenças autoimunes, doença renal policística, doença de Alport, malformações congênitas e doença renal aguda prolongada. Os fatores de risco incluem diabetes tipo 1 ou 2, hipertensão, desordens cardíacas (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca), tabagismo, obesidade, colesterol alto, histórico familiar de doença renal e idade superior a 65 anos (**Figura 1**) (AMMIRATI, 2020; NEUEN, 2017). Além destes, são inclusos indivíduos que fazem uso de agentes nefrotóxicos, tais como medicações que necessitam ajustes em pacientes com alteração da função renal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

**Figura 1.** Principais causas associadas à DRC.



**Fonte:** Siemens Healthcare, 2008.

A DRC pode ser classificada em cinco estágios, quando a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) é usada como referência, ou em três estágios, de acordo com a albuminúria (**Tabelas 1 e 2**) (revisado por AMMIRATI, 2020; KDIGO, 2013). A TFG pode ser definida como uma medida da depuração de uma substância que é filtrada livremente pelos glomérulos e não sofre reabsorção ou secreção tubular, por isso é comumente usada como a medida padrão da avaliação da função renal. A estimativa da TFG, por meio das equações que ajustam para idade, gênero, superfície corpórea e etnia, deve ser realizada rotineiramente e em conjunto com a medida da albuminúria, um parâmetro que estima a concentração e perda de albumina na urina (BRITO, 2016).

**Tabela 1.** ESTÁGIO DA DRC; TFG= TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR.

Estágios	TFG (mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	Classificação
I	> 90	Normal ou alto
II	60-89	Ligeiramente diminuído
III A	45-59	Leve a moderadamente diminuído
III B	30-44	Moderada a severamente diminuída
IV	15-29	Severamente diminuído
V	<15	Falência renal

**Tabela 2:** CATEGORIAS DE ALBUMINÚRIA; A/C RAZÃO= ALBUMINA/CREATININA PROPORÇÃO EM AMOSTRAS ISOLADAS DE URINA.

Categoria	Albuminúria (mg/24h)	Razão A/T (mg/g)	Classificação
A I	<30	<30	Normal para discreto
A II	30-300	30-300	Moderada
A III	>300	>300	Severa

**Fonte:** Adaptado de AMMIRATI, 2020.

## 4.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Sabe-se que as insuficiências renais aguda ou crônica afetam o funcionamento renal de forma rápida, o que pode resultar não só na alteração da TFG, mas também no consequente aumento da ureia e creatinina no soro e na urina (STRASINGER; LORENZO, 2009). Além destes parâmetros, outros exames são utilizados para avaliar a condição renal, tais como a depuração da creatinina, cistatina C, microalbuminúria,  $\beta_2$  microglobulinas, elementos anormais do sedimento (EAS), exames de imagem e biópsia renal (revisado de PEIXOTO, LAMOUNIE, 2014).

O exame EAS é amplamente utilizado na rotina, por ser de baixo custo e de fácil realização. Porém, recomenda-se analisar os níveis de ureia e creatinina séricas para avaliação do prognóstico. A ureia é um metabólito resultante da metabolização das proteínas e é transportada pelo plasma até os rins, onde será filtrada. Apesar das influências extrínsecas, a dosagem é muito utilizada para a identificação da IRC e estará elevada no soro do paciente quando a TFG estiver comprometida devido à doença. Por outro lado, a creatinina origina-se do metabolismo da creatina, que é produzida no fígado, rins e pâncreas e transportada para o músculo e cérebro, onde sofre um processo de fosforilação e se transforma em creatina fosfato. No processo de contração muscular, a creatina fosfato é convertida em creatinina. A creatina fosfato constitui-se num composto de elevada reserva energética, sendo essencial no processo de contração muscular. A creatinina livre não é aproveitada novamente no metabolismo tornando-se um resíduo filtrado pelos rins e eliminado na urina. Níveis elevados de creatinina no sangue estão associados à lesão renal (revisado de PEIXOTO, LAMOUNIE, 2014).

Além dos marcadores sérico, o exame de *clearance* da creatinina também é muito utilizado para o diagnóstico da IRC, uma vez que avalia a velocidade em que a creatinina é eliminada do organismo. O exame analisa a razão entre a concentração de creatinina na urina e o volume urinário pela concentração plasmática de creatinina. A creatinina é utilizada porque além de ser produzida pelo organismo não é reabsorvida nem secretada pelos túbulos renais (revisado de PEIXOTO, LAMOUNIE, 2014).

Outro biomarcador que vem sendo recentemente utilizado na rotina laboratorial é a cistatina C, proteína filtrada pelo glomérulo e absorvida pelos túbulos proximais. A grande vantagem na sua utilização é que esta não sofre influência da massa muscular do paciente como em outros marcadores, além de ser considerada mais sensível do que a creatinina

(PEIXOTO, LAMOUNIE, 2014; PRATES et. al., 2007).

Vale ainda mencionar o teste de microalbumúria. Uma vez que não é comum encontrar macromoléculas na urina, a presença de albumina na urina pode estar associada à lesão renal. Destaca-se ainda a  $\beta_2$  microglobulina, cujos níveis urinários elevados podem significar disfunção renal, embora não seja específica para função renal (revisado de PEIXOTO LAMOUNIE, 2014; MOTTA, 2003).

#### 4.3 TRATAMENTO

No que diz respeito aos tratamentos disponíveis para IRC, estudos apontam como opções o transplante renal e os processos dialíticos, dentre eles a hemodiálise e a diálise peritoneal, dividida em três tipos, sendo eles a DPI, DPAC e a DPA. Todas têm por objetivo manter a homeostase do organismo e proporcionar uma melhor QV ao indivíduo (REIS et al., 2008; SILVA et al., 2011).

A hemodiálise consiste na extração das substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e remoção do excesso de água. O fluido sanguíneo é impulsionado por uma máquina para o sistema de circulação extracorpórea até o dialisador, onde ocorrem as trocas entre o sangue e o banho de diálise ou dialisato. A difusão de solutos entre o sangue e a solução de diálise resulta na remoção de resíduos metabólicos e, desta forma, o sangue é filtrado e, em seguida, devolvido ao paciente. Vale ressaltar que esse processo só pode ser estabelecido através do acesso vascular (JUNIOR et al., 2006).

Por outro lado, na diálise peritoneal, é utilizado um equipamento específico que infunde e drena uma solução especial diretamente no abdômen do paciente, sem contato direto com o sangue; a membrana peritoneal, que reveste a cavidade abdominal, atua como membrana de diálise. Tanto a DPAC, quanto a DPA são realizadas em domicílio ininterruptamente, de modo que o paciente só vai ao hospital para controle clínico mensal. A DPA é uma modalidade dialítica mais recente, quando comparada à hemodiálise. Trata-se de um procedimento realizado no período da noite por uma máquina cicladora, que será responsável por infundir e drenar o líquido peritoneal automaticamente. Por outro lado, a DPI, em geral, é realizada em ambiente hospitalar com duração média de 20 a 24 h seguidas, com a frequência de duas vezes por semana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016; RANGEL et al., 2017).



O transplante renal é considerado uma importante opção terapêutica em indivíduos portadores de DRC terminal, uma vez que pode proporcionar melhor QV aos pacientes, e menor risco de mortalidade quando comparados a pacientes submetidos à hemodiálise e diálise peritoneal. Além disso, estudos apontam redução significativa nos custos associadas ao transplante renal de doadores vivos ou falecidos, em relação às terapias renais substitutivas citadas. Sendo assim, através de uma cirurgia, o paciente recebe um novo rim saudável de um doador compatível, sendo possível reestabelecer a saúde do paciente e suas funções renais (SILVA et al., 2016).

Apesar do potencial curativo, entraves ao transplante são descritos, tais como a recusa familiar, além da falha no processo de identificação e notificação dos potenciais doadores, bem como o elevado índice de contra indicação clínica à doação. A recusa a doação de órgãos pode estar relacionada a crença religiosa, a não compreensão do diagnóstico de morte encefálica e a crença na reversão do quadro, a não aceitação da manipulação do corpo, o medo da reação da família, a inadequação da informação, a desconfiança na assistência e o medo do comércio de órgãos, dentre outros (MORAES, MASSAROLLO, 2009).

Além disso, vale ressaltar as possíveis complicações inerentes ao procedimento, especialmente a rejeição. Sabe-se que, neste tratamento, o paciente deve fazer uso de medicações que inibam a reação do organismo do receptor contra a rejeição do órgão transplantado, necessitando este paciente de acompanhamento médico contínuo (RHOADES, TANNER, 2005). As células do sistema imunológico identificam o órgão transplantado como sendo algo diferente do restante do corpo e ameaçam destruí-lo. Para evitar a rejeição, é necessário usar medicações imunossupressoras durante toda a vida do paciente, inibindo, desta forma, o sistema imunológico (RHOADES, TANNER, 2005). Dentre os fármacos mais utilizados, destaca-se o Ciclosporina e Tacrolimus, por serem o esquema terapêutico de melhor custo-benefício para o SUS (GUERRA, 2010; SATURNINO, 2012; SILVA et al., 2016).

#### **4.4 QUALIDADE DE VIDA**

A QV, definida em 1994 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é “a percepção individual da posição da vida no contexto da cultura e do sistema de valores em que se vive e sua relação com as metas, expectativas, normas e interesses” (CRUZ et al., 2011). O termo QV assume importância para portadores de doenças crônicas, pois estas doenças impactam negativamente na vida dos mesmos (GUERRA et al., 2012; GONÇALVES et al., 2015).

No que diz respeito à DRC, sabe-se que esta reduz consideravelmente o funcionamento físico e profissional, bem como a percepção da própria saúde do indivíduo (DUARTE et al., 2003; SILVA et al., 2011). A percepção da QV na DRC começou a ser explorada a partir da década de 1960, onde estudos foram desenvolvidos visando uma abordagem interdisciplinar de atendimento ao doente renal, buscando-se formas adequadas de acompanhamento ao enfermo crônico e seu acolhimento junto à equipe de saúde (RUDNICKI, 2014). Atualmente, sabe-se que, para um enfermo em tratamento de hemodiálise, o planejamento de novas condições de vida é tarefa difícil, já que o indivíduo acometido vivencia processos de mudanças inflexíveis que iniciam na área biológica e passam ao campo psicológico e social (ARAUJO et al., 2009; KAPTEIN et al., 2010; CHAN et al., 2011; MARAGNO et al., 2012; PUIALES GUAMÁN, 2012).

Quando submetidos à hemodiálise, pacientes têm relatado complicações relacionadas ao tratamento, que alteram significativamente a QV, definida como a percepção individual da saúde por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento (MARTINS, CESARINO, 2005). Sabe-se ainda que poucos tratamentos são livres de efeitos colaterais, cujos sinais e sintomas decorrentes podem aumentar ou reduzir o potencial dos benefícios do tratamento (TERRA et al., 2010; MARAGNO et al., 2012; PUIALES GUAMÁN, 2012).

#### **4.5 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

Diversos estudos vêm sendo realizados com o objetivo de melhor compreender o impacto do tratamento hemodialítico na QV do paciente com DRC. Observa-se que os pacientes acometidos pela doença vivenciam perdas e restrições no seu dia a dia, sofrendo transformações biopsicossociais que acabam interferindo na sua QV, como alterações corporais, perda do emprego, limitações dietéticas e hídricas (MARTINS, CESARINO, 2005). A avaliação da QV em pacientes com DRC em hemodiálise é considerada uma tarefa complexa diante dos múltiplos fatores envolvidos na percepção da mesma e da dificuldade para abordá-la integralmente. Apesar disso, a avaliação da QV auxilia na identificação das necessidades dos pacientes para um planejamento direcionado ao enfrentamento da doença (PRETTO et al., 2020).

Para a avaliação da QV, uma coleta de dados dos pacientes com DRC em tratamento de hemodiálise é realizada, mediante aplicação de questionários ou formulários específicos.

Dentre eles, destacam-se o questionário SF-36, do inglês *Short-Form Health Survey 36* e o formulário KDQOL-SF, do inglês *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form* (CICONELLI, 1997, HAYS, 1997).

O questionário SF-36 é um instrumento de avaliação genérica, originalmente criado na língua inglesa, de fácil administração e compreensão. Abrange oito componentes: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de se cuidar, vestir-se, tomar banho e subir escadas), aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais), dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais), estado geral de saúde, vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde), aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais), aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar), avaliadas por 35 questões e mais uma questão comparativa entre a saúde atual e a de um ano atrás. O questionário é suplementado com escalas do tipo multi-itens, voltadas para as preocupações particulares dos pacientes renais crônicos. A versão para a língua portuguesa foi obtida após o processo de tradução (CICONELLI, 1997).

Em contrapartida, o formulário KDQOL-SF, descrito por HAYS *et al*, 1997, é um instrumento validado no Brasil que contempla 80 itens: SF-36 e mais 43 itens sobre DRC. Além dos itens descritos para o SF-36, o formulário apresenta uma parte específica sobre doença renal e inclui: sintomas, efeitos da DRC sobre a vida diária, sobrecarga imposta pela doença, condição de trabalho, função cognitiva, qualidade das interações sociais, função sexual e sono, além de três escalas adicionais: suporte social, estímulo da equipe da diálise e satisfação do paciente. O formulário KDQOL-SF™ é amplamente utilizado como uma medida de QV específica para pacientes com doença renal em estágio terminal, em tratamento de diálise, cujo método de avaliação se concentra em abordagens comparativas entre as modalidades de tratamento, nas tendências longitudinais dentro de uma modalidade de tratamento específica e no impacto da QV na introdução de novas terapias (FAHUR *et al.*, 2010; JOSHI *et al.*, 2010).

#### **4.6 PRINCIPAIS IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA**

A relação entre o tempo de hemodiálise e a QV em portadores de IRC foi avaliada por Martins e Cesarino, 2005. Os autores realizaram um estudo transversal, com abordagem

quantitativa, mediante aplicação do questionário SF-36, traduzido e validado no Brasil. Os resultados apontaram prejuízo na QV dos indivíduos portadores de DRC, independente do gênero avaliado, tanto no componente físico, como o mental. O tempo de hemodiálise revelou-se como um fator importante na percepção da QV dos indivíduos, uma vez que, quanto maior o tempo de tratamento, mais baixos são os escores para o componente físico e mais resignação à doença é percebida. Dentre as atividades comprometidas, destacam-se as atividades corporais, com maior número de ocorrências, seguidas pelas atividades recreativas e trabalho. Curiosamente, a ordem de ocorrência das atividades comprometidas não se manteve para homens e mulheres, uma vez que estas pareciam se sentir mais afetadas pela IRC no desenvolvimento das atividades domésticas, em relação ao grupo masculino. Por outro lado, o impacto sobre o sono foi maior nos homens que nas mulheres. Outras atividades comprometidas mostraram-se relacionadas ao tempo de hemodiálise, como: trabalho e cuidado pessoal. A **Tabela 3** traz uma síntese dos resultados obtidos sobre a associação de cada uma das atividades com o tempo de hemodiálise. A variável tempo de hemodiálise foi transformada numa variável categorizada, sendo estas: (1) tempo de até 12 meses; (2) tempo entre 13 e 60 meses; e (3) tempo acima de 60 meses (MARTINS, CESARINO, 2005).

**Tabela 3: Relação entre o tempo de hemodiálise e o comprometimento das atividades em pacientes com IRC.** N= número de pacientes com atividade comprometida, % = percentuais associados a cada categoria de hemodiálise.  $p < 0,05$ .

Atividade Comprometida	Tempo de hemodiálise						Nº	Valor p Teste $\chi^2$
	(1)		(2)		(3)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Atividades corporais	43	93,5	63	96,9	14	100,0	120	0,4749
Atividades recreativas	42	91,3	61	93,9	13	92,9	116	0,8779
Trabalho	30	65,2	26	40,0	12	85,7	68	0,0014
Atividades domésticas	13	28,3	41	63,1	07	50,0	61	0,0014
Atividades práticas	12	26,1	30	46,2	03	21,4	45	0,0459
Sono	10	21,7	13	20,0	03	21,4	26	0,9737
Humor	12	26,1	08	12,3	03	21,4	23	0,1736
Cuidado pessoal	04	8,7	15	23,1	01	7,1	20	0,0795

Fonte: MARTINS, CESARINO, 2005.

Apesar do impacto negativo do tempo de hemodiálise na QV dos pacientes, uma pesquisa posterior apontou que os pacientes com DRC, que não necessitaram do tratamento hemodialítico, também já evidenciaram um decréscimo de sua condição física e da QV. Desta forma, fica claro a necessidade da reabilitação física, no qual a fisioterapia tem um papel fundamental para reverter ou amenizar o quadro físico nos indivíduos acometidos com DRC, submetidos à hemodiálise ou não (FASSBINDER *et al.*, 2015).

A avaliação da QV foi também avaliada por Silva e colaboradores (2011), mediante aplicação do questionário SF-36. De forma similar ao observado anteriormente, nenhum domínio do questionário apresentou diferença significância em relação ao gênero. Por outro lado, três variáveis foram apontadas como estatisticamente significativas: renda, diabetes e idade. A diabetes é relatada como uma comorbidade neste contexto, uma vez que, embora o tratamento dialítico prolongue a vida do paciente renal crônico, não substitui totalmente a função renal e, por isso, o nefropata está sujeito a complicações. Com relação a idade, esta se apresenta como um fator adicional nas alterações das atividades diárias do indivíduo, pois quanto maior a idade, menor a capacidade física dos pacientes. Em fases mais avançadas da doença, esses sintomas podem influenciar diretamente na percepção do indivíduo sobre a QV (SILVA et al., 2011).

Um dado importante a se considerar é uma tendência ao predomínio de indivíduos do sexo masculino em tratamento hemodialítico, com relação ao grupo feminino. O índice de participantes masculinos destas pesquisas está em torno de 60%, podendo chegar a 70% em alguns casos (MARTINS; CESARINO, 2005; SILVA et al., 2011; FASSBINDER et al., 2015). A OMS (2019) aponta que, de fato, os homens estão mais propensos a desenvolverem as chamadas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), fato relacionado à dietas e estilos de vida, considerados pouco saudáveis, consumo de tabaco e consumo nocivo de álcool, bem como a subutilização de serviços de atenção primária por homens constitui um problema em muitos países do mundo (OPAS, 2019).

Os impactos na QV também podem ser mensurados mediante a aplicação do questionário KDQOL SF-36, conforme discutido na sessão anterior. Grasselli e colaboradores reportaram que a QV dos pacientes foi afetada negativamente pelas dimensões de papel profissional, vitalidade (energia e fadiga), função física, função emocional e saúde geral. Por outro lado, os altos escores encontrados para as dimensões satisfação do paciente em relação ao apoio recebido por familiares e amigos, vida sexual, função cognitiva, dor, sono, suporte social, lista de sintomas/problemas, efeitos da doença renal, estímulo pela equipe de diálise, funcionamento físico, bem estar emocional, função social e qualidade de interação social contribuíram positivamente com a avaliação da QV. Portanto, a média geral dos escores obtido neste estudo indicou uma boa QV na população estudada e, apesar das limitações inerentes à doença e ao tratamento, há fatores mais importantes que motivam e estimulam esses pacientes a enfrentar essa fase de sua vida (GRASSELLI et al., 2012).

Resultados semelhantes foram reportados quando o questionário KDQOL-SF foi

aplicado em pacientes com DRC em tratamento de hemodiálise em unidades renais do RS. Altos escores foram relatados para as dimensões “situação de trabalho”, “problemas físicos”, “sobrecarga imposta pela doença”, “capacidade funcional”, “componente físico” e “componente mental”. Estes dados revelam que o bem-estar dos pacientes em hemodiálise está comprometido, tanto em níveis físicos, como psicoemocional. Além disso, dificuldades se manter operativo são relatadas, evidenciando a importância do apoio como ferramenta crucial para o enfrentamento dessa condição (PRETTO et al., 2020).

Embora a maioria dos estudos publicados avalie grupos de indivíduos com DRC na fase adulta, as repercussões emocionais e QV associadas à DRC também foram avaliadas em crianças e adolescentes submetidos à hemodiálise ou ao transplante renal. Neste estudo, a QV foi avaliada como superior na opinião dos pacientes transplantados e seus cuidadores, indicando percepção de melhor QV após o transplante renal. Nos aspectos específicos, a capacidade física também foi considerada superior por esse grupo. Não houve diferenças entre os grupos de pacientes nos aspectos emocional, social e escolar, porém os cuidadores dos pacientes transplantados notaram diferença na QV no aspecto escolar. Não foram percebidas diferenças entre as terapêuticas renais substitutivas quanto às repercussões emocionais da DRC. Por outro lado, verificou-se que o transplante melhora a QV no aspecto geral (ROTELLA et al., 2019).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IRC, juntamente com o tratamento hemodialítico, causa forte impacto na vida dos pacientes, uma vez que a vida social, a condição física, mental e os valores que os orientam são alterados, contribuindo para o comprometimento de outras dimensões de suas vidas.

A avaliação de indicadores de QV é parte importante da estratégia desenvolvida na terapêutica da DRC, apesar de sua definição ampla e mensuração subjetiva. Os métodos utilizados para avaliação da QV escolhidos para discussão nesta revisão, SF-36 e KDQOL-SF (36) se mostraram eficientes e abrangentes ao avaliar as condições físicas, psicológicas sociais e culturais, sob o ponto de vista e a percepção do próprio paciente renal crônico. Tais métodos são importantes para traçar o perfil das necessidades de cuidados e intervenções para esses indivíduos.

Os pacientes submetidos à hemodiálise apresentam uma tendência na redução da QV, associada especialmente a capacidade funcional, aspectos físicos, alterações no trabalho e

vitalidade, além da sobrecarga imposta pela doença. Por outro lado, o transplante renal está associado à melhora na percepção do indivíduo relacionada à QV.

Conclui-se, portanto, que, a investigação dos indicadores qualitativos de QV são parte importante da abordagem a ser adotada na terapêutica da DRC, de forma a identificar a perspectiva de vida do paciente, contribuindo na sobrevida com qualidade. Além disso, a análise crítica dos dados apresentados nesta revisão oferece ferramentas para implementação de novas estratégias, visando a melhoria na QV e otimização do tratamento hemodialítico.



## REFERÊNCIAS

- AMMIRATI, A.L. Chronic Kidney Disease. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.66, supl.1 São Paulo, 2020.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica- DRC no sistema único de saúde.** 2014.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf). Acesso em 02 jun. 2020.
- BRITO. T.N.S., *et al.* Taxa de filtração glomerular estimada em adultos: características e limitações das equações utilizadas. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 48, n.01, p. 07-12, 2016.
- CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)”. **Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP**;1997.
- CRUZ, M.C., *et al.* Quality of life in patients with chronic kidney disease. **Clinics**. São Paulo, n.66, p.991-5, 2011.
- DUARTE, P.S., *et al.* Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos. **Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo**, v.49, n.4, p. 375-81,2003.
- FAHUR, B.S., *et al.* Avaliação da qualidade de vida com instrumento KDQOL-SF em pacientes que realizam hemodiálise. **Colloquium Vitae**, v. 2, n. 2, p. 17-21, 2010.
- FASSBINDER, T.R.C., *et al.* Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré- dialítica e em hemodiálise- um estudo transversal. **Brazilian journal of nephrology**, v.37, n.1, 2015.
- GIL, A.C. Métodos e técnicas de Pesquisa Social. São Paulo, **Atlas**, 2008.
- GONÇALVES, F.A., *et al.* Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba-PR. **Brazilian journal of nephrology**, v.37, n.5, 2015.
- GRASSELLI, C. S. M. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos a hemodiálise. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v.10, n.6, p.503-7, 2012.
- GUERRA, G.V., SANHUEZA, A.O., CACERES, E.M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. **Rev Latino-Am Enfermagem**, n.20, p.838-46, 2012.
- GUERRA, J.A.A. Avaliação de custo-efetividade entre esquemas imunossupressores utilizados no transplante renal – um estudo fármaco-epidemiológico e fármaco-econômico sobre o programa nacional de medicamentos excepcionais no SUS de 2000 a 2004. 2010. 143 f. Tese (Doutorado). **Curso de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte,2010.



HAYS, R.D. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) Version 1.3: A Manual for Use and Scoring*. p.7994. Santa Monica, CA: Rand; 1997.

HIGA, K., *et al.* Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, p. 203-6, 2008.

JOSHI, V.D.; MOOPPIL, N.; LIM, J.F. Validation of the Kidney Disease Quality of Life-Short Form: a cross-sectional study of a dialysis-targeted health measure in Singapore. **BMC Nephrol**; v.11, n.36, 2010.

JUNIOR, M.A.G., *et al.* Diálise no paciente com insuficiência renal crônica: hemodiálise e diálise peritoneal. In: Barros, E, Manfro RC, Gonçalves LFS. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

KDIGO. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. **Kidney Int Suppl**. v.3, n.1, p.1-150, 2013.

MARAGNO, F., *et al.* A hemodiálise no cotidiano dos pacientes renais crônicos. **Revista Inova Saúde**, v.1, p.16-30, 2012.

MARINHO, A.W.G.B. *et al.* Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cad Saúde Colet.**, v.25, n.3, p.379-88, 2017.

MARTINS, M.R.I.; CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.5, p.670-6, 2005.

MORAES, E.L., MASSAROLLO, M. C. K. B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n. 2, p. 131-5, 2009.

MOTTA, V.T. **Bioquímica clínica para o Laboratório**: princípios e interpretações. 4ª Edição. São Paulo, Editora Médica Missau, 2003.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K-DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney Dis**. v.39, n.2, p.1-266, 2002.

NEUEN. B. L., *et al.* Chronic kidney disease and the global NCDs agenda. **BMJ Global Health**, v.2, n. 2, 2017.

OPAS. A importância de abordar a masculinidade e a saúde dos homens para avançar rumo à saúde universal e à igualdade de gênero. **Revista Pan-Americana de saúde pública**, 2018.

PEIXOTO, E.F; LAMOUNIER, T.A.C. Métodos laboratoriais para a identificação da insuficiência renal crônica. **Acta de Ciências e Saúde**, n. 03, v. 01, 2014

PRETTO, C.R., *et al.* Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e fatores relacionados. **Revista Latino- Americana de enfermagem**, v.28, 2020.

PRATES, A.B., AMARAL, F.B., VACARO, M.Z., GROSS, J.L., CAMARGO, J.L., SILVEIRO, S.P. Avaliação da Filtração Glomerular Através da Medida da Cistatina C Sérica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 29, 2007.

PUPIALES, G. A.M. Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del hospital provincial docente Ambato, en el período comprendido entre enero y marzo del 2012. **Facultad de Ciencias de La Salud**, 2012.

RANGEL.C.H.I.F., *et al.* Peritonites em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento de diálise peritoneal. **Revista mineira de Enfermagem**, v.21, nov. 2017.  
REIS, C.K. et al. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Revista Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 336-41, 2008.

RHOADES, R. A.; TANNER; G. A. **Fisiologia médica**. 2. Ed. Guanabara Koogan, 2005. 754, p. 370.

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

ROTELLA, A. A. F. Repercussões emocionais e qualidade de vida das crianças e adolescentes em hemodiálise ou após transplante renal. *Revista Paulista de Pediatria*, v.38, São Paulo, 2019.

RUDNICKI. T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínic.**, São Paulo, v.7, n.1, 2014.

SATURNINO, L.T.M. Análise de custo-efetividade dos inibidores da rapamicina para o tratamento de imunossupressão no transplante renal. 2012. 157 f. Tese (Doutorado). **Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte**, 2012.

SIEMENS HEALTHCARE. Diana Smith. **Chronic Kidney Disease: A Global Crisis.**, 2018. Disponível em: <https://www.siemens-healthineers.com/fr-be/news/chronic-kidney-disease.html>. Acesso em: 09 out 2020.

SBN. Tratamentos. Diálise peritoneal. **Sociedade Brasileira de Nefrologia**. São Paulo, 2016.

SILVA, G.E., *et al.* Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados – MS. **Psicol inf.**, São Paulo, v.15, n.15, p.99-110, 2011.

SILVA, B.S., *et al.* Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 1-13, jun. 2016.

STRASINGER, S.K., LORENZO, M.S. **Urinálise e Fluidos Corporais**. 5ª ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2009.

TERRA, F.S., *et al.* As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.8, n.3, p.187-192, 2010.

THOMAS, B., *et al.* Global Burden of Disease 2013 GFR Collaborators; CKD Prognosis Consortium; Global Burden of Disease Genitourinary Expert Group. Global cardiovascular and renal outcomes of reduced GFR. **J Am Soc Nephrol.** v.28, n.7, p. 2167-79, 2017.

THOMÉ, F.S., *et al.* Brazilian chronic dialysis survey 2017. **J Bras Nefrol.**, v.41, n.2, p.208-14, 2019.