

Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise

Quality of life of people with chronic renal disease in hemodialysis

Calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Gabriela Roscosz Marçal¹; Anderson da Silva Rêgo²; Marcelle Paiano³; Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic⁴

Como citar este artigo:

Marçal GR, Rêgo AS, Paiano M, Radovanovic CAT. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. Rev Fun Care Online. 2019 jul/set; 11(4):908-913. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.908-913>.

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida de pessoas adultas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

Método: estudo descritivo, realizado em um município localizado no noroeste do estado do Paraná, Brasil. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2016, utilizando instrumento adaptado e validado para avaliação da qualidade de vida de pessoas com deficiência renal crônica. Foi utilizado o teste de kruskal-wallis para tratamento das variáveis. **Resultado:** as dimensões genéricas com melhor avaliação foram o bem-estar emocional e o funcionamento físico. A dimensão função social foi a pior avaliada. Nas dimensões específicas, o papel profissional, a satisfação com a assistência e o sono obtiveram as melhores avaliações. A função cognitiva, a função sexual, o suporte e a qualidade da interação social foram as piores avaliadas. **Conclusão:** o estudo sinaliza a importância de intervenções multiprofissionais para melhora do suporte e qualidade de interação social, função cognitiva e sexual de pessoas em tratamento hemodialítico.

Descritores: Qualidade de vida; Insuficiência renal crônica; Diálise renal; Hemodiálise; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: evaluate the quality of life of adults with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. **Method:** descriptive study, carried out in a municipality located in the northwest of the state of Paraná, Brazil. Data were collected in the second half of 2016, using an instrument adapted and validated to evaluate the quality of life of people with chronic renal failure. The kruskal-wallis test was used to treat the variables. **Result:** the generic dimensions with the best evaluation were emotional well-being and physical functioning. The social function dimension was the worst evaluated. In the specific dimensions the professional role, satisfaction with the assistance and the sleep, obtained the best evaluations. Cognitive function, sexual function, support and quality of social interaction were the worst evaluated. **Conclusion:** the study indicates the importance of multiprofessional interventions to improve the support and quality of social interaction, cognitive and sexual function of people on hemodialysis.

Descriptors: Quality of life; Chronic renal insufficiency; Renal dialysis; Hemodialysis; Nursing.

1 Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: gabriela-cal@hotmail.com.

2 Enfermeiro Graduado pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. E-mail: anderson.dsre@hotmail.com.

3 Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Doutora em Enfermagem, Professora da UEM. E-mail: mpaiano@uem.br.

4 Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Doutora em Ciências da Saúde, Professor da UEM. Endereço de e-mail: kikanovic2010@hotmail.com.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida de personas adultas con enfermedad renal crónica en tratamiento hemodialítico. **Método:** estudio descriptivo, realizado en un municipio ubicado en el noroeste del estado de Paraná, Brasil. Los datos fueron recolectados en el segundo semestre de 2016, utilizando un instrumento adaptado y validado para evaluar la calidad de vida de las personas con deficiencia renal crónica. Se utilizó la prueba de kruskal-wallis para el tratamiento de las variables. **Resultado:** las dimensiones genéricas con mejor evaluación fueron el bienestar emocional y el funcionamiento físico. La dimensión de la función social fue la peor evaluada. En las dimensiones específicas el papel profesional, satisfacción con la asistencia y el sueño, obtuvieron las mejores evaluaciones. La función cognitiva, función sexual, soporte y calidad de la interacción social, fueron las peores evaluadas. **Conclusión:** el estudio señala la importancia de intervenciones multiprofesionales para mejorar el soporte y calidad de la interacción social, función cognitiva y sexual de las personas en tratamiento hemodialítico.

Descriptor: Calidad de vida; Insuficiencia renal crónica; Diálisis renal; Hemodiálisis; Enfermería.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são caracterizadas como um grupo de morbidades, de origem multifatorial e são consideradas, atualmente, um importante problema de saúde pública, sendo responsáveis pelo aumento da taxa de mortalidade no Brasil e no mundo devido suas complicações.¹

Essas doenças estão intimamente relacionadas aos hábitos de vida das pessoas, bem como com o envelhecimento da população mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) pontuou quatro dos principais fatores de risco influenciáveis para doenças crônicas, como tabagismo ativo, inatividade física, alimentação inadequada e uso abusivo de álcool.² Nesse contexto, a OMS traçou estratégias para a redução da mortalidade por essas doenças até 2022.³

Entre as DCNT, a Doença Renal Crônica (DRC) passou a ser considerada um dos pilares do Plano de Enfrentamento das DCNT no território brasileiro, devido a sua crescente prevalência ao longo dos anos. De acordo com a estimativa realizada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), do ano de 2014, há aproximadamente 112.004 pessoas em tratamento dialítico, com aumento significativo de 18% desde o ano de 2010.⁴

A DRC é definida como a perda da função renal, que progride lentamente, de maneira silenciosa e irreversível, em que os rins não são capazes de realizar suas funções normais, como manter o equilíbrio hidroeletrólítico e metabólico, podendo levar a complicações dos outros órgãos do corpo. Algumas patologias estão fortemente associadas à DRC, destacando-se o diabetes *Mellitus*, a hipertensão arterial, as alterações renais diversas, os distúrbios autoimunes e as glomerulonefrites.⁵

Quando a doença se encontra instalada, é necessário o uso de terapias de filtragem do sangue, mais conhecidas como Terapias Renais Substitutivas (TRS), até que seja possível a realização de um transplante renal.⁵ O paciente submetido à Terapia Renal Crônica convive diariamente com limitações

e restrições impostas pela continuidade das sessões de hemodiálise, que na maioria das vezes, ocorrem três vezes por semana, com média de cinco horas de duração. Esses fatores levam a uma convivência exaustiva, a uma mudança nos hábitos alimentares e na vida social, assim como geram aparência debilitada, limitações físicas, dor, sobrecarga emocional, entre outros.⁶⁻⁷

A qualidade de vida (QV) de pessoas com DCR tem sido destaque em estudos, principalmente pela doença crônica ser um obstáculo na progressão, na qualidade e nas expectativas normais de vida.⁸ O contexto em que essas pessoas vivem, principalmente o tratamento e o tempo gasto em cada sessão de hemodiálise, os leva a uma redução da qualidade dos aspectos psicológicos, físicos, emocionais, nutricionais, sociais e mentais e, conseqüentemente, contradizem a satisfação do paciente no que é considerado como uma boa qualidade de vida, principalmente entre aqueles mais jovens.⁹

Dessa maneira, avaliação da QV propicia a manifestação de determinantes importantes a serem compreendidos e que interferem no tratamento da DRC, pois elucidam fatores sociais, econômicos, psicossociais e clínicos, permitindo a mensuração do impacto de uma morbidade crônica na vida de uma pessoa.¹⁰

Diante deste contexto, é importante conhecer as características sociodemográficas e clínicas, o tratamento e as demais complicações dos pacientes que estão inseridos nas unidades de terapia dialítica, dando suporte para dados epidemiológicos de como se encontra a distribuição destes fatores de risco, com objetivo de que se possa melhorar a atenção a estes indivíduos.¹¹

A análise da qualidade de vida e a identificação das dimensões e de como são afetadas pelo tratamento é relevante, pois potencializa a reflexão sobre a assistência prestada pelos profissionais de saúde, como também, subsidia a criação e o manejo de ações que melhorem o atendimento a essas pessoas, refletindo em qualidade de vida e melhoria do tratamento.¹¹ Dessa forma, o objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida de pessoas adultas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado em um serviço de saúde de um município localizado no noroeste do estado do Paraná, Brasil. O serviço de saúde realiza atualmente atendimento a 177 pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, com idade variando entre 2 a 86 anos.

Foram incluídos no estudo trinta pacientes adultos. Os critérios de inclusão foram ter idade entre 20 e 49 anos e realizar hemodiálise há pelo menos três meses. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2016, por meio de entrevista, que foi realizada na instituição em que são realizadas as sessões de hemodiálise. Para a entrevista, foram utilizados três questionários que abrangeram aspectos socioeconômicos, aspectos clínicos e informações da qualidade de vida.

O questionário, desenvolvido pelos próprios autores, abordou os aspectos sociodemográficos contendo as variáveis referente a idade, gênero, profissão, estado civil, escolaridade, religião, procedência, comorbidades, tempo de tratamento, complicações da doença e medicamentos em uso. O nível sócio econômico foi avaliado, sendo as classes sociais agrupadas em B, C e DE.

Para a coleta das variáveis referentes à qualidade de vida, foi utilizado o questionário *Kidney Disease Quality of Life Questionnaire Short Form* (KDQOL-SF) adaptado, traduzido¹³ e validado no Brasil.¹⁴ O KDQOL-SF avalia a doença renal e é aplicado a pessoas que realizam algum tipo de diálise.

O KDQOL-SF é composto por oitenta itens, divididos em 19 escalas, sendo a *Short-Form Health Survey* (SF-36), composto de 36 itens, mais 43 específicos da doença renal. Os 36 itens são divididos em oito dimensões: funcionamento físico (10), limitações causadas por problemas da saúde física (4), limitações causadas por problemas da saúde emocional (3), funcionamento social (2), saúde mental (5), dor (2), vitalidade (energia/fadiga), (4), percepções da saúde geral (5) e estado de saúde atual comparado um ano atrás (1), que é computado à parte.¹⁴

A parte específica sobre doença renal é dividida em onze dimensões: sintomas/problemas (12), efeitos da doença renal sobre a vida diária (8), sobrecarga imposta pela doença renal (4), condição de trabalho (2), função cognitiva (3), qualidade das interações sociais (3), função sexual (2) e sono (4); inclui também três escalas adicionais: suporte social (2), estímulo da equipe da diálise (2) e satisfação do paciente (1). A pontuação do instrumento vai de 0 a 100, de modo que 0 será a pior classificação e os escores mais altos sempre refletem melhor qualidade de vida.¹⁴

Os dados foram tabulados em planilha do programa Microsoft Office® Excel e realizada a análise estatística no software IBM SPSS, versão 20.0. Foi realizada a análise descritiva dos dados sociodemográficos e, posteriormente, a análise de variância entre a média dos domínios, utilizando o teste de Kruskal Wallis, após procedimento de verificação de normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov Smirnov.

Para a classificação da qualidade de vida, foram seguidas as recomendações do manual para uso e correção do KDQOL-SF,¹⁵ quanto maiores os escores, melhor a qualidade de vida para aquela dimensão. Para isso, os escores das dimensões presentes no instrumento analisado foram distribuídos em faixas: 1ª faixa (escores de 0% a 20% - baixa qualidade de vida); 2ª faixa (escores de 20,01% a 40% - baixa qualidade de vida); 3ª faixa (escores de 40,01% a 60% - baixa qualidade de vida); 4ª faixa (escores de 60,01% a 80% - boa qualidade de vida) e 5ª faixa (escores de 80,01% a 100% - boa qualidade de vida).¹⁶

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE 57613716.1.0000.0104). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

RESULTADOS

Participaram do estudo trinta pacientes adultos com DRC, sendo a maioria do sexo masculino (60%), com idade entre 40 e 49 anos (46,6%), solteiro/divorciado (56,7%), aposentado ou pensionista (63,3%) e pertencente a classe econômica C (66,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de adultos em tratamento de hemodiálise. Paraná, Brasil, 2016.

	N	%
Idade		
20 a 29	8	26,7
30 a 39	8	26,7
40 a 49	14	46,6
Sexo		
Masculino	18	60,0
Feminino	12	40,0
Estado Civil		
Casado	13	46,3
Solteiro/Divorciado	17	56,7
Ocupação		
Empregado	9	30,0
Desempregado	2	6,7
Aposentado/Pensionista	19	63,3
Classe Econômica		
B	7	23,3
C	20	66,7
DE	3	10,0
Morbidades*		
Hipertensão Arterial	27	90,0
Diabetes <i>Mellitus</i> I	6	20,0
Diabetes <i>Mellitus</i> II	5	16,7
Lúpus	1	3,3
Familiares com IRC	1	3,3
Complicações*		
Anemia	15	50,0
Hipertensão Arterial	9	30,0
Hiperfosfatemia	5	16,7
Outras	3	9,9

*Variáveis com possibilidade de mais de uma resposta.
Fonte: autores, 2016.

Quase todos os entrevistados possuíam a hipertensão arterial (90%) como comorbidade, seguidos do diabetes *Mellitus* tipo I (20%). As complicações mais prevalentes atribuídas à DRC foi a anemia (50%), a hipertensão arterial (30%) e a hiperfosfatemia (16,7%).

A maioria dos entrevistados autorreferiu que sua saúde é melhor ou um pouco melhor (26,7%) do que comparado há um ano e 70% referiu que sua saúde é a melhor possível atualmente, mesmo com tratamento de hemodiálise (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação autorreferida da saúde geral de adultos em tratamento de hemodiálise. Paraná, Brasil, 2016.

	N	%
Comparado há um ano, como você avaliaria sua saúde em geral agora?		
Muito melhor agora do que há um ano	8	26,7
Um pouco melhor agora do que há um ano	8	26,7
Aproximadamente igual há um ano	5	16,7
Um pouco pior agora do que há um ano	4	13,2
Muito pior agora do que há um ano	5	16,7
No geral, como você avaliaria sua saúde?		
A pior possível (0 - 4)	2	6,7
Meio termo entre pior e melhor (5)	7	23,3
A melhor possível (6 - 10)	21	70,0

Na tabela 3 podemos observar a classificação das dimensões de qualidade de vida, que, nas dimensões genéricas, o bem-estar emocional (71,6±25,2) foi mais bem avaliado, seguido do funcionamento físico (76,5±21,4). A dimensão função social (28,6±17,1) obteve a pior avaliação.

Nas dimensões específicas, o papel profissional (79,1±14,8), a satisfação do paciente (66,6±15,3) e o sono (62,7±13,8) foram as melhores avaliadas. A função cognitiva (26,1±15,3), seguida da função sexual (28,6±17,1), do suporte social (31,6±19) e da qualidade da interação social (33,4±17,5) foram as piores avaliadas.

Tabela 3 - Avaliação das dimensões específicas e genéricas da qualidade de vida relacionada à saúde de adultos em tratamento de hemodiálise. Paraná, Brasil, 2016.

	Média	DP	Faixa	Classificação
Dimensões Genéricas				
Função física	66,5	22,8	4ª Faixa	Boa QV
Saúde geral	61,3	14,4	4ª Faixa	Boa QV
Energia/fadiga	52,0	20,2	3ª Faixa	Baixa QV
Funcionamento físico	76,5	21,4	4ª Faixa	Boa QV
Bem-estar emocional	71,6	25,2	4ª Faixa	Boa QV
Dor	42,3	22,6	3ª Faixa	Baixa QV
Função social	28,6	17,1	2ª Faixa	Baixa QV
Função emocional	59,5	10,6	3ª Faixa	Baixa QV
Dimensões Específicas				
Função cognitiva	26,1	15,3	2ª Faixa	Baixa QV
Sono	62,7	13,8	4ª Faixa	Boa QV
Efeitos da doença renal	42,5	13,4	3ª Faixa	Baixa QV
Sobrecarga da doença renal	57,0	14,8	3ª Faixa	Baixa QV
Função sexual	28,6	17,1	2ª Faixa	Baixa QV
Qualidade da interação social	33,4	17,5	2ª Faixa	Baixa QV
Sintomas/problemas	39,3	14,7	2ª Faixa	Baixa QV
Condição de trabalho	79,1	14,8	4ª Faixa	Boa QV
Satisfação do paciente	66,6	15,3	4ª Faixa	Boa QV
Estímulo da equipe de enfermagem	46,2	6,2	3ª Faixa	Baixa QV
Suporte social	31,6	19,0	2ª Faixa	Baixa QV

1ª faixa (escores de 0% a 20%); 2ª faixa (escores de 20,01% a 40%); 3ª faixa (escores de 40,01% a 60%); 4ª faixa (escores de 60,01% a 80%) e 5ª faixa (escores de 80,01% a 100%); QV: Qualidade de Vida.
Fonte: autores, 2016.

DISCUSSÃO

Atualmente as Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas como um dos principais problemas de saúde pública, sendo responsáveis por muitas mortes. A idade é um fator a ser considerado em relação às DCNT, sendo os idosos geralmente os mais acometidos, porém, nos dias de hoje, há evidências de que tem crescido o número de pessoas jovens com problemas crônicos de saúde. Isso nos mostra que a preocupação com as doenças crônicas não deve parar somente entre os idosos, mas também entre os mais jovens.

Existem vários fatores de risco referentes às DCNT que podem levar estes jovens a adoecer precocemente, como por exemplo, hábitos de vida não saudáveis como o tabagismo, o sedentarismo, o consumo de alimentos não saudáveis e o excesso de sal, açúcar e álcool.¹ As doenças crônicas afetam a maneira de viver dos indivíduos acometidos, levando-os à necessidade de mudança de hábitos e à busca por melhores condições de vida.¹⁷

Nesta pesquisa, foi abordada a qualidade de vida da pessoa adulta com doença renal crônica e os resultados encontrados nos mostram que o sexo masculino foi o mais prevalente, outros estudos realizados também apresentaram o sexo masculino como o mais acometido.^{6,18}

Quanto à ocupação, a maioria era aposentada ou pensionista, devido à limitação que a doença causa e a demanda que o tratamento exige, sendo necessária a realização da terapia dialítica diária ou de três a quatro vezes por semana, levando a dificuldade de permanecer no trabalho,¹⁸ podendo justificar a condição socioeconômica da população participante da presente pesquisa, classificada economicamente no extrato C, corroborando com resultados de outro estudo realizado com pessoas de características clínicas semelhantes,¹⁹ bem como as dificuldades de acesso a saúde e falta de controle de doenças primárias.¹⁷

As comorbidades mais prevalentes nessa população foram a hipertensão arterial e o diabetes *Mellitus*, sendo um dos fatores mais apontados para o crescimento da doença renal crônica,^{4,17} isso se deve à deterioração que estes causam aos túbulos renais. A hipertensão arterial é associada tanto como causa como consequência da doença renal, e compromete principalmente as estruturas vasculares dos rins.²⁰

Na forma maligna e acelerada, se não tratada, a doença renal pode causar em pouco tempo uma grave lesão renal, de natureza microvascular, caracterizada por nefrosclerose maligna, em que a parede das arteríolas renais sofre espessamento das camadas musculares, o que reduz o fluxo e causa isquemia renal, mas pode se apresentar de natureza mais lenta e progressiva, nos casos de hipertensão arterial crônica, caracterizando uma arteriosclerose hialina. A esclerose progressiva dos glomérulos causa a perda lenta e contínua da filtração renal, uma vez que o hiperfluxo e a pressão intraglomerular promovem a esclerose dos glomérulos.¹⁷

O diabetes *Mellitus* é outra comorbidade bastante associada à doença renal, e sua patogenia ainda não é totalmente esclarecida, mas sabe-se que o tempo de duração da doença e a não aderência ao tratamento são fatores de risco da doença renal.¹⁷

Entre as complicações, as mais referidas pela população em estudo foi a anemia, a hipertensão arterial e a hiperfosfatemia. A anemia, apresentada por metade dos pacientes participantes da pesquisa, é uma das complicações mais frequentes apresentadas por pacientes com DRC, sua principal causa é a deficiência da produção do hormônio eritropoietina pelos fibroblastos peritubulares renais e a deficiência de ferro.²¹

O sistema renal é o responsável pela filtração de produtos do metabolismo e pela excreção dos líquidos em excesso, mantendo a homeostase e os níveis de elementos químicos, como potássio, sódio, fósforo e cálcio, como também funções endócrinas e regulatórias. A hiperfosfatemia, outra complicação citada, é o aumento do fósforo metabólico não excretado que fica em excesso, podendo causar desordens hormonais, ósseas, cardíacas e intestinais.²² Outras complicações também comuns apresentadas pelos pacientes são hipertensão, edema, espasmos musculares, redução de débito urinário, náuseas, entre outros.¹⁹

No contexto da autoavaliação referida pelos pacientes, é possível observar que, apesar da doença renal, das dificuldades relatadas e da permanência no tratamento de hemodiálise, ao compararem sua saúde atual com um ano atrás, a maioria dos entrevistados afirmou estar muito melhor ou um pouco melhor do que há um ano. E no que diz respeito à avaliação geral de saúde, 70% dos pacientes referiu que sua saúde está a melhor possível atualmente. Isso pode ser observado em outra pesquisa realizada no município de Goiânia.¹⁹

Quanto às dimensões do *Kidney Disease Quality of Life Questionnaire Short Form* (KDQOL-SF), o bem-estar emocional foi o melhor avaliada na presente pesquisa. Em outro estudo, os pesquisadores consideram essa dimensão como a autonomia do indivíduo.⁹ Já função física, que avalia o grau de atividade que o paciente consegue realizar, como por exemplo, subir escadas ou caminhar, que em outros estudos se mostra prejudicada por referir as limitações das atividades habituais, no presente estudo mostrou uma boa classificação de qualidade de vida, isso se reflete na idade dos pacientes entrevistados, uma vez que a dimensão funcionamento físico avalia as condições de saúde associada às limitações das atividades físicas.¹⁸⁻¹⁹

Outra dimensão que obteve boa qualidade de vida e confirma a relação com a idade, que quanto maior, mais prejudicada fica, foi a questão da realização de atividades e esforço físico, estando demonstrado no estudo que, por se tratar de pacientes adultos, foi uma dimensão bem avaliada.¹⁸⁻¹⁹

A dimensão função cognitiva foi a pior avaliada, já que a maioria dos pacientes referiu se sentir confuso em relação a doença renal e não tanto no que diz respeito a concentração e dificuldade de pensamento.¹⁹ A função sexual também apresentou baixa qualidade de vida, estando ligada às muitas alterações físicas e psicológicas que são causadas pela doença, como alteração hormonal, disfunções sanguíneas que levam a diminuição do nível de energia e fadiga constante e até interação social e diminuição do interesse do indivíduo.²³

Quanto ao suporte social e qualidade da interação social, ambas foram mal avaliadas, isso se deve principalmente às frustrações, ao impacto e ao desgaste causado pelo tempo de tratamento, pela falta de redes de apoio e pelas comorbidades

que causam a piora de estado físico, estresse, baixa autoestima e falta de ânimo para realizar atividades de lazer⁹. A satisfação do paciente em relação à clínica e ao atendimento recebeu boa classificação, uma vez que a maior parte dos pacientes referiram ser bem atendidos.

Embora não tenha interferido no resultado da pesquisa, a amostra obtida foi pequena, permitindo a inferência apenas para esta população, porém nos possibilitou avaliar a influência das dimensões da qualidade de vida em relação à DRC e ao tratamento hemodialítico. Reitera-se que a população mais jovem, foco deste estudo, possui um número reduzido nas clínicas de hemodiálise, o que potencializa a importância deste estudo para conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na assistência à população com estas características clínicas.

Os resultados deste estudo podem contribuir com o planejamento das ações em enfermagem, propiciando a reavaliação das práticas assistenciais e o manejo das ações em saúde que são direcionadas às pessoas com DRC em tratamento hemodialítico, com atenção à população de forma mais holística e identificando necessidades, com atendimento resolutivo e de melhora da qualidade de vida.

Ademais, sugere-se que novas pesquisas possam ser realizadas, principalmente no que se referem às recentes mudanças nas ações de atenção às pessoas com doença crônica no país e que possivelmente podem implicar em desenvolvimento de fatores de risco ao tratamento dessas pessoas, principalmente por considerar sua idade e estilos de vida. Nesse aspecto, sugere-se ainda que novos estudos sejam realizados, principalmente de metodologias qualitativas, para complementação dos resultados deste estudo.

CONCLUSÃO

Entre os dados demográficos, os mais prevalentes foram sexo masculino, idade entre 40 a 49 anos, solteiro/divorciado, aposentado ou pensionista e economicamente pertencentes à classe econômica C. As comorbidades mais encontradas foram, em primeiro lugar, a hipertensão arterial, seguida do Diabetes *Mellitus* tipos I e II e as complicações mais prevalentes relacionadas à DRC foram a anemia, hipertensão e hiperfosfatemia.

O questionário *Kidney Disease and Quality of Life – Short Form* (KDQOL-SF™) apresentou-se como uma importante ferramenta para analisar as dimensões mais e menos afetadas na população em estudo. A dimensão genérica melhor avaliada foi o bem-estar emocional. Conclui-se que as condições clínicas e demográficas podem influenciar a qualidade de vida de pacientes durante o tratamento. Espera-se que este estudo auxilie os profissionais da área da saúde a identificar os problemas mais prevalentes nestas populações, permitindo o planejamento de ações que melhorem a qualidade de vida destes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). *Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Mill JG, Lotufo PA, Chor D, Barreto SM, Aquino EM, Passos VMA, Matos SM, Molina MDCB, Carvalho MS, Benseñor IM: *Cohort profile: Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil)*. *Int J Epidemiol*, 2014;44(1):68-75.
3. Malta DC, Silva Junior JB. *O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão*. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2013; 22(1):151-164.
4. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. *Brazilian Chronic Dialysis Census 2014*. *J Bras Nefrol*, 2016;38(1):54-61.
5. Pinho NA, Silva GV, Pierin AMG. *Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among hospitalized patients in a university hospital in the city of São Paulo, SP, Brazil*. *J Bras Nefrol*. 2015; 37(1):91-7.
6. Lopes JM, Fukushima RLM, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi, FS. *Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis*. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(3):230-6.
7. Santos GD, Castilho MS, Viso BF, Carreira GF, Queiroz MIP, Mello TRC, et al. *Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes*. *Diagn Tratamento*. 2014; 19(1):3-9.
8. Medeiros RC, Sousa MNAS, Nunes RMV, Costa TS, Moraes JC, Diniz MB. *Health-related quality of life of individuals under hemodialysis*. *J Nurs UFPE online*, 2015; 9(Suppl. 9):1018-27.
9. Madalosso FD, Mariotti MC. *Terapia Ocupacional e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise*. *Cad Ter Ocup, UFSCar, São Carlos*, 2013; 21(3):511-520.
10. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Coelho LF, Gonçalves ID, Neto JAF. *Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos e Comparação entre dois Instrumentos de Medida de QVRS*. *Arq Bras Cardiol*, 2012; 98(5):442-451.
11. Moura L, Andrade SSCA, Malta DC, Pereira CA, Passos JAF. *Prevalence of self-reported chronic kidney disease in Brazil: National Health Survey of 2013*. *Rev Bras Epidemiol*, 2015;18(2):181-91.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Adoção do CCEB 2008 - Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: ABEP; 2015.
13. Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. *Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™)*. *Rev Assoc Med Bras*, 2003; 49(4):375-81.
14. Moreira CA. *Avaliação das propriedades psicométricas básicas para a versão em português do KDQOL-SF™**. *Rev Assoc Med Bras*, São Paulo, 2009; 55(1):22-28.
15. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. *Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) instrument*. *Qual Life Res*, 1994;3(5):329-38.
16. Grasselli CSM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PB, Silva RR. *Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise*. *Rev Bras Clin Med*, 2012; 10(6): 503-7.
17. Ferreira EDM. *O itinerário terapêutico de pessoas em terapia renal substitutiva com doença de base hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus*. [Tese de Mestrado]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015.
18. Cavalcante MCV, Lamy ZC, Filho FL, França AKTC, Santos AM, Thomaz EBAF, et al. *Factors associated with the quality of life of adults subjected to hemodialysis in a city in northeast Brazil*. *J Bras Nefrol*. 2013; 35(2):79-86.
19. Chen PM, Lai TS, Chen PY, Lai CF, Yang SY, Wu V, et al. *Multidisciplinary Care Program for Advanced Chronic Kidney Disease: Reduces Renal Replacement and Medical Costs*. *Am J Med*, 2015;128(1):68-76.
20. Pinho NA, Oliveira RCB, Pierin AMG. *Hipertensos com e sem doença renal: avaliação de fatores de risco*. *Rev Esc Enferm USP*, 2015; 49(Esp):101-108.
21. Stumm EMF, Kirchner RM, Guido LA, Benetti ERR, Belasco AGS, Sesso RCC, et al. *Educational nursing intervention to reduce the hyperphosphatemia in patients on hemodialysis*. *Rev Bras Enferm*, 2017;70(1):26-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0015>
22. Covic A, Rastogi A. *Hyperphosphatemia in patients with ESRD: assessing the current evidence linking outcomes with treatment adherence*. *BMC Nephrology*, 2013;14(153):1-9.
23. Prezerakos P, Galanis P, Moissoglou I. *The work environment of haemodialysis nurses and its impact on patients' outcomes*. *Int J Nurs Pract*. 2015;21:132-40.

Recebido em: 07/08/2017

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 14/11/2017

Publicado em: 07 /01/2019

Autor responsável pela correspondência:

Anderson da Silva Rêgo

Programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem

Avenida Colombo, 5.790, Campus Universitário, Bloco

001, sala 023, Maringá

Paraná, Brasil

CEP: 87.020-900

E-mail: anderson.dsre@hotmail.com

Telefones: +55 (44) 3025-0039 ou (44) 9 9846-9392

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.