

Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise – um estudo transversal

Evaluation of the quality of life of chronic renal patients in hemodialysis - a cross-current study

Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise - um estudo transversal

Camila Zanesco;¹ Erica de Brito Pitilin;²Maíra Rossetto;³Débora Tavares de Resende e Silva⁴

Como citar este artigo:

ZanescoC, PitilinEB, RossettoM, Silva DTR. Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise – um estudo transversal. Rev Fun Care Online. 2019 jan/mar; 11(1):186-191. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.186-191>

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os pacientes com DRC em tratamento de hemodiálise (HD) de uma clínica do oeste catarinense, suas relações e variáveis sociodemográficas, e, a sua QV.**Método:** Estudo transversal descritivo, com 116 pacientes com DRC em HD. Para coleta dos dados usou-se questionário sociodemográfico e o instrumento Medical Outcomes Study 36 –Item Short –Form Health Survey (SF-36). **Resultados:** Houve prevalência da população com idade igual ou > 60 anos,caucasianos (74,77%), do sexo masculino (54,31%), destaca-se a presença de profissões relacionadas a classe média ebaixa e quantidade de anos de estudo reduzidos. Em relação a comorbidades, prevaleceu a Hipertensão Arterial Sistêmica(38,79%). Quanto àQV, as limitações por aspectos físicos tiveram menores médias (29,09) e limitações em atividades sociais maior média (73,71). **Conclusão:**A QV negativa tem repercussões pessoais, familiares e sociais devido ao impacto da doença na rotina de atividades de vida diária dosdoentes renais.

Descritores:Qualidade de vida, Hemodiálise,SF-36,Doença renal.

ABSTRACT

Introduction: Quality of life (QoL) has been widely studied in the health area and chronic health conditions such as chronic kidney disease (CKD) can interfere with functional capacity, independence and, consequently, QoL, by negative implication In the activities of daily living, emotional, social and cultural issues. **Objective:** To characterize patients with CKD in hemodialysis (HD) treatment of a clinic in the west of Santa Catarina, their relationships and sociodemographic variables, and their QoL. **Methodology:** Descriptive cross-sectional study with 116 patients with CKD in HD. To collect data on the questionnaire sociodemographic and a instrument

- 1 Enfermeira. Mestranda em ciências da saúde pelo Programa de Pós-graduação Strictu Sensu da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).
- 2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).
- 3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).
- 4 Fisioterapeuta. Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36) were used. **Results:** There was a prevalence of the population aged > 60 years old, Caucasian (74.77%), male (54.31%), of professions related to middle and low class and reduced number of years of study. In relation to comorbidities, Systemic Arterial Hypertension prevailed (38.79%). Regarding QoL, limitations due to physical aspects had lower averages (29.09) and limitations in social activities (73.71). **Conclusion:** Negative QoL have personal, familial, and social repercussions due to the impact of the disease on the routine life activities of kidney patients.

Descriptors: Quality of life, Hemodialysis, SF-36, Kidney disease.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar a los pacientes con DRC en tratamiento de hemodiálisis (HD) de una clínica del oeste catarinense, sus relaciones y variables sociodemográficas, y su QV. **Metodología:** Estudio transversal descriptivo, con 116 pacientes con DRC en HD. Para la recolección de los datos se utilizó cuestionario sociodemográfico y el instrumento Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36). **Resultados:** Hubo prevalencia de la población con edad igual o > 60 años, caucásicos (74,77%), del sexo masculino (54,31%), se destaca la presencia de profesiones relacionadas a la clase media ebaja y cantidad de años de estudio reducidos. En relación a las comorbilidades, prevaleció la Hipertensión Arterial Sistémica (38,79%). En cuanto a QV las limitaciones por aspectos físicos tuvieron menores promedios (29,09) y limitaciones en actividades sociales mayor media (73,71). **Conclusión:** La QV negativa tiene repercusiones personales, familiares y sociales debido al impacto de la enfermedad en la rutina de actividades de vida diaria de los enfermos renales.

Descriptor: Calidad de vida, Hemodiálisis, SF-36, Enfermedad renal.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) estão entre os fatores que contribuem para a diminuição da qualidade de vida (QV), interferem no trabalho e lazer, além de causarem modificações no campo econômico das famílias, comunidades e sociedade em geral, intensificando as diferenças sociais e contribuindo com o aumento da pobreza.¹ A Doença Renal Crônica (DRC) compõe o grupo das DCNTs e é compreendida como uma síndrome clínica caracterizada pela redução significativa, lenta, gradual e progressiva das funções renais excretoras, endócrinas e metabólicas.² É considerada um problema de saúde pública e, nas últimas décadas, ganhou maior foco por parte dos serviços de saúde, devido a sua alta prevalência nas mais variadas faixas etárias da população.^{3,4}

O tratamento mais utilizado quando atinge sua fase terminal é a hemodiálise (HD), procedimento mecânico e extracorpóreo, que objetiva a remoção de substâncias tóxicas e do excesso de líquido do organismo, realizada através de uma máquina.^{5,6} O paciente renal crônico em HD convive constantemente com a negação e as consequências da evolução da doença, além de um tratamento doloroso e com as limitações e alterações que repercutem na sua própria Qualidade de Vida (QV).⁷

A QV é definida pela OMS (2008), como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, envolvendo o contexto e tempo do acontecimento dos fatos”.⁸ A QV pode

ser avaliada, possibilitando conhecer a efetividade dos tratamentos, bem como das intervenções realizadas pelos profissionais da área da saúde, assim como o impacto de uma doença na vida do acometido, de seus familiares e da comunidade.^{3,9,5}

Se tratando de portadores de DCNTs, no caso da DRC, é indispensável a avaliação da QV, importante indicador de saúde pública, sendo utilizada frequentemente para mensurar o quanto uma doença influencia na vida do indivíduo.¹⁰ Nesse sentido, objetivou-se por meio dessa pesquisa caracterizar os pacientes com DRC em tratamento de HD de uma clínica do oeste catarinense, suas relações e variáveis sociodemográficas, ea sua QV, que para o presente estudo será considerado o conceito de QV da OMS.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal descritivo, com análise quantitativa. Estudo realizado na clínica renal do oeste que atinge cerca de 183.530 habitantes, sendo referência regional, ofertando as modalidades de terapia renal substitutiva (TRS): HD e transplante renal.¹¹

A população foi composta por pacientes de ambos os sexos em HD, com idade superior a 18 anos, com tempo de tratamento acima de um mês (30 dias), hemodinamicamente estáveis. Foram excluídos os pacientes que apresentavam dificuldades de comunicação que impossibilitasse a entrevista.

Foram abordados 116 pacientes, entre os meses de julho a setembro de 2016, durante a sessão de HD, apresentados à pesquisa e aos aspectos éticos informados por meio de breve fala individual. Os indivíduos que aceitaram participar/responder assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Para coleta dos dados das características sociodemográficas dos pacientes, foi elaborado um instrumento que buscou informações sobre a idade, renda, escolaridade, religião, atividade laboral, estado civil, hábitos de vida, moradia, doença de base, município de residência e tempo gasto para o deslocamento.

Para a análise da QV, foi realizada a aplicação de questionário sociodemográfico e questionário Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey (SF-36). Cada paciente foi entrevistado em um único momento, individualmente, durante a realização da sessão de HD, em um mesmo dia ocupando um tempo aproximado de 30 minutos cada indivíduo. As informações faltantes foram extraídas dos prontuários pela enfermeira coordenadora. O instrumento SF-36 possui 36 questões divididas em 8 domínios. A partir dos domínios, são apontadas as oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e uma questão comparativa da condição de saúde atual e a de um ano atrás. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100 (obtido por meio de cálculo do Raw Scale), os valores menores correspondem à qualidade de vida relacionada à saúde menos favorável, enquanto que os escores mais elevados refletem QV melhor. Nossos dados foram tabulados, organizados

em frequências relativas e absolutas, sendo apresentadas em tabela e analisadas à luz da literatura consultada.¹²

Os dados foram analisados por meio do programa Libre Office Calc, no qual foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas. Após agrupar as respostas em domínios do questionário SF-36, foi utilizada a padronização dos escores atribuídos às respostas, baseado no instrumento de Ware *et al.*,¹³ o qual traz a forma de cálculo de cada ponto em questão, utilizando de instrumento no programa Libre Office Calc.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFFS, como emenda do projeto de pesquisa intitulado: “Doença renal crônica: análise das causas da perda da função renal e identificação de agravos da doença e do tratamento substitutivo” sob o CAAE: 49503215.4.0000.5564.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O banco de dados foi composto por registros de 116 pacientes com doença renal crônica (DRC) e que estavam em hemodiálise (HD). Foi realizada a caracterização dos 116 pacientes que estão apresentados na Tabela 1, na qual se observou que a maior parte dos pacientes eram do sexo masculino (54,31%), com idade até 59 anos (48,27%), e a grande maioria não trabalhava mais (96,55%).

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes DRC em hemodiálise.

| Variáveis | F (Frequência) | % (Porcentagem) |
|-----------------------|----------------|-----------------|
| Sexo | | |
| Feminino | 53 | 45,69% |
| Masculino | 63 | 54,31% |
| Faixa Etária | | |
| 18-59 anos | 56 | 48,27 % |
| 60-69 anos | 32 | 27,59 % |
| >70 | 28 | 24,14 % |
| Estado Civil | | |
| Casado (a) | 61 | 52,58% |
| Solteiro (a) | 15 | 12,94% |
| Divorciado (a) | 14 | 12,06% |
| Viúvo (a) | 17 | 14,66% |
| Anos de Estudo | | |
| 0-1 ano | 8 | 6,91% |
| 2-8 anos | 78 | 67,24% |
| Ensino médio completo | 15 | 12,93% |
| Formação técnica | 5 | 4,31% |
| Superior incompleto | 1 | 0,86% |
| Superior completo | 7 | 6,03% |
| Especialização | 2 | 1,72% |
| Mora sozinho | | |
| Sim | 12 | 12,34% |
| Não | 104 | 89,65% |
| Tem religião | | |
| Sim | 102 | 87,93% |
| Não | 14 | 12,07% |
| Trabalha | | |
| Sim | 4 | 3,45% |
| Não | 112 | 96,55% |

Fonte: Autores, 2016.

Houve discreta predominância de indivíduos do sexo masculino (54, 31%), na faixa etária entre 18-59 anos (48,27%), em relação ao estado civil são casados um total de 52, 58% dos entrevistados. Em relação aos anos de estudo dos participantes da pesquisa, houve predominância do tempo entre 2 e 8 anos (67, 24%). Dentre os entrevistados, apenas 12, 34%, residem só, 12, 7%, não possuem religião, a atividade laboral assalariada após o início da HD continuou para apenas 3,45% (n=4) dos entrevistados, dos demais pacientes 91% recebem recurso via governo. Com relação aos indivíduos que continuam desempenhando atividade laboral assalariada, encontram-se, sem relatarem influência negativa drástica da DRC: 1 representante religioso, 1 administrador, 1 pedreiro, 1 agricultor. Em relação à profissão anterior, a maior parcela era agricultor 29,32% (n=34), seguida por dona de casa 16,38% (n=19).

Em relação aos dados não apresentados em tabela: a cor de pele com prevalência da cor branca 74,77% (n=83), a média de idade que os pacientes entrevistados iniciaram a HD foi de 53, 15 anos. A maioria dos entrevistados possuía filhos 81,04% (n=94) e quando questionados sobre com quem residiam 44,23% (n=46) dividiam a casa com mais uma pessoa. Apesar das restrições 8,62% (n=10) fazem uso de cigarro e 5,17% (n=6) consomem bebidas de álcool.

As doenças que apareceram como desencadeantes/contribuintes para a falência renal com maior número de pacientes foram: nefropatia diabética 24,14% (n=28), rins policísticos 7,76% (n=9) e uropatia obstrutiva 6,90% (n=8). Em relação a comorbidades lideraram as doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica com 38,79% (n=45), Diabetes *melittus* com 24,14% (n=28), e as hepatite B e C, com 6,03% (n=7) e 4,31% (n=5) respectivamente. Dos pacientes, 20% referem possuir alguma limitação ou perda a nível físico, sendo as mais prevalentes: visuais com 52,17% (n=12), e auditivas 13,04% (n=3).

Das especificidades na HD, 96,55% (n=112) realizam 3 sessões semanais, 2,59% (n=3) realizam 4 sessões semanais e 0,86% (n=1) realiza 1 sessão semanal. Sobre a duração das mesmas ocorreu variação entre 2 horas e 4 horas sendo que 45,69% (n=53) realizam 3 horas. O período mais curto de tempo em HD dentre os entrevistados foi de 30 dias, e o mais longo 33 anos (396 meses).

Os entrevistados provêm de diversas localidades, no total são 20 municípios, sendo que o município mais distante do serviço, localiza-se a 85,5 Km de distância. O município com maior número de pacientes é o mesmo onde se localiza o serviço, com 59% (n=69) pacientes; são 6 municípios com 1 paciente; 5 municípios com 2 pacientes; 3 municípios com 3 pacientes; 1 município com 4 pacientes; 1 município com 6 pacientes; 1 município com 10 pacientes.

Com relação ao tempo gasto para deslocamento até o serviço os resultados variaram de 10 minutos a 3 horas e 45 minutos, com predominância maior entre 1 hora a 1 hora e 59 minutos 52 pacientes. O transporte utilizado para o deslocamento foi para a grande maioria 73,27% (n=85) transporte ofertado pelo município de origem e o ofertado pelo serviço para os que residem no município de alocação do mesmo, seguido por: sozinho com veículo próprio

13,80% (n=16), familiar conduz e ou taxi 11,21% (n=13), deambulando e ônibus de linha 1,72% (n=2).

Quando questionados sobre o acompanhamento de familiar e ou cuidador nas sessões de HD, 93,10% (n=108) responderam que vem sozinho, 5,17% (n=6) disseram que as vezes alguém os acompanha e apenas 1,72% (n=2) vem e permanece com acompanhamento.

Em relação à Qualidade de Vida (QV), obtida por meio da utilização do instrumento SF-36, obtivemos as médias dos respectivos domínios conforme o exposto na Tabela 2. Destacamos o nível elevado obtido para os domínios de: limitações em atividades sociais, dor e saúde mental; o posto a estes são lamentáveis os níveis gerados nos demais domínios, destacando: limitação por aspectos físicos e limitações por problemas emocionais.

Tabela 2 - QV dos pacientes em tratamento por HD.

| Variável | Média | Desvio Padrão |
|-------------------------------------|-------|---------------|
| Capacidade Funcional | 40,56 | 30,44 |
| Limitações por aspectos físicos | 29,09 | 40,24 |
| Dor | 66,10 | 31,45 |
| Estado geral da saúde | 39,74 | 14,32 |
| Saúde mental | 63,83 | 23,69 |
| Limitações por problemas emocionais | 37,64 | 40,89 |
| Limitações em atividades sociais | 73,71 | 27,80 |
| Vitalidade | 49,14 | 21,92 |

Fonte: autores, 2016.

Considerando a não existência de um parâmetro (valor) para se considerar bom até ou a partir do mesmo, o ponto intermediário é agregado ao valor de 50, sendo que dos oito domínios existentes no instrumento, cinco não atingiram esse valor, ficando abaixo do valor médio. Elucidando ao final um resultado reduzido atribuído a QV dos pacientes em HD no referido serviço.

Nosso estudo demonstrou maior prevalência de pacientes doentes renais crônicos (DRC) em hemodiálise (HD) do sexo masculino (54,31%). Fato que vai de encontro com pesquisas prévias onde houve prevalência do sexo masculino em porcentagem de 68%,¹⁴ 58%,¹⁵ e 60%.¹⁶

O encontrado neste estudo em relação à cor de pele autorreferida dos pacientes coincidiu com estudo anteriormente realizado na região Sudeste do país, o qual encontrou a prevalência de indivíduos de cor de pele branca, seguida pela parda e negra, respectivamente.¹⁴ A cor de pele pode apresentar variação conforme a região estudada, um estudo realizado no estado de Minas Gerais encontrou predominância da cor de pele parda com 50% em um número de 40 indivíduos em HD.¹⁶ Considerando a região Sul do país onde foi desenvolvida a respectiva pesquisa, a colonização ocorreu por imigrantes alemães e italianos o que pode explicar a predominância da população com cor de pele branca.

Apontado pelo censo brasileiro de diálise 0,3% de pacientes no Brasil possuem idade entre 12 e 18 anos¹⁵, sendo que no referido serviço na modalidade de HD não se encontram indivíduos nesta faixa etária. Considerando os resultados

obtidos quanto ao estado civil, evidenciou-se a predominância de indivíduos casados, coincidindo com dados científicos onde 53,6% de uma amostra com 125 indivíduos são casados.³

Em geral, o apoio familiar das pessoas próximas é tido como fator que contribui positivamente no decorrer no processo, funciona como um suporte nas circunstâncias ruins, bem como nos momentos desejados. Um estudo realizado no ano de 2016,¹⁷ apontou que para os pacientes o apoio dos familiares e amigos acarreta em força e coragem para continuar a lutar, principalmente por sentirem que não estão sozinhos. A DRC pode ocasionar nas relações sociais e familiares tanto avanços como retrocessos. As mudanças no estilo de vida, a falta de conhecimento/informações sobre a DRC pode afastar os indivíduos.¹⁷ Os resultados encontrados não evidenciaram interferência para a grande maioria no domínio: limitações em atividades sociais, o qual atingiu o valor de 73,71.

O estudo de Martins, Cesariano³ mostrou o predomínio do ensino fundamental com 64,8% (n=125 indivíduos), e média de cinco anos de estudo, resultado semelhante ao obtido na pesquisa em questão. O ensino pode fazer a diferença na capacidade dos pacientes e de suas famílias para se adaptarem à condição de saúde crônica.¹⁷

Dentre os pacientes que relataram consumir bebidas que contém álcool, foram 5,17%; um estudo,¹⁸ encontrou dados semelhantes: 3% de 291 pacientes consomem bebidas alcoólicas.

Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), encontramos abaixo do peso 3,45% dos pacientes (n=4), com IMC normal 51,72% (n=60), com sobrepeso 31,9% (n=37), obesos (grau I) 10,35% (n=36), obesidade (grau II) 1,72% (n=2), obesidade (grau III) 0,86% (n=1).

Se tratando de atividade laboral assalariada os resultados encontrados vão de encontro ao exposto por Cosson *et al.*,¹⁹ 89,4% de 142 pacientes não desempenham atividade laboral assalariada. Além dos custos elevados tanto social como economicamente com a HD se tem custos adicionais com os medicamentos que esses tem de utilizar.²⁰

Em relação a doença que levou a DRC obtivemos resultados aproximados aos expostos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia sobre portadores de DRC, que mostram como diagnósticos mais frequentes da doença renal primária a HAS (34%) e o diabetes *mellitus* (29%), seguidos por glomerulonefrite crônica (13%) e rins policísticos (4%).¹⁵

No ano de 2014, os diagnósticos mais frequentes em relação a doença renal primária, foram: hipertensão arterial (35%) e diabetes (29%), seguidos por glomerulonefrite crônica (11%) e rins policísticos (4%); outros diagnósticos foram feitos em 11% e indefinidos foram 9% dos casos, os dados condizem com o apresentado nos últimos anos.¹⁴

Em relação ao tempo em tratamento por HD os dados vão ao encontro do exposto por Cosson *et al.*,¹⁹ onde a maior parte: 110 dos 142 participantes se concentra no período de até 5 anos de tratamento, bem como no encontrado por Lanza *et al.*,¹⁶ onde a média de tempo em tratamento foi de 40,9 meses entre 40 participantes. A modalidade de TRS, bem como sua duração e quantidade de sessões são baseadas em cada paciente, o profissional médico realiza as adequações após observar o comportamento pós sessão.

Os pacientes em grande parte provêm de cidades/municípios vizinhos, apenas 59% são do município sede do serviço, resultado similar ao encontrado no estudo de Abreu, Santos,²¹ 65% de um total de 60 entrevistados eram do município sede do serviço e os demais eram provenientes de cidades da região, sendo que destes 18 (15,52%) residiam no interior dos respectivos municípios. Considerando o deslocamento, o mesmo pode ser influenciado pelas condições climáticas, trânsito, horário, veículo utilizado, questões que podem contribuir para torná-lo mais demorado.

Levando em consideração o acompanhamento nas sessões de HD, um estudo encontrou que a maioria dos pacientes de 74 (52,1%) chega e permanece desacompanhada no setor até o final da terapia¹⁹, os dados encontrados no estudo foram superiores, condisseram com 93,10% dos pacientes. O estudo em questão apontou que muitos justificaram tal questão como a confiança em irem sozinhos, e ou devido a ocupação do familiar não querendo incomodá-lo, assim como muitos expuseram o abandono por parte da família (filhos ou companheiros) devido a doença e do tratamento.¹⁹

Foram encontrados resultados diminuídos no que se refere a QV, principalmente nas dimensões: Limitações por aspectos físicos, limitações por problemas emocionais, estado geral da saúde. Esses valores se assemelharam aos encontrados no estudo de Martins, Cesarino,³ o qual abordou 125 indivíduos em tratamento por HD em São Paulo, as maiores diferenças foram nas dimensões de estado geral de saúde média 58,6, aspectos emocionais 46,1, onde os resultados do estudo foram mais elevados, já para aspectos sociais a média 46,1 ficou inferior ao achado.

O estudo de Abreu e Santos²¹ abordou 60 indivíduos em HD em um serviço no estado do Paraná, obteve média de 24,2 na dimensão de aspectos físicos, resultado semelhante ao encontrado no estudo, porém as demais dimensões diferiram pois ficaram acima de 50.

Durante o período de realização da referida pesquisa encontramos limitações na aplicação do SF-36 aos pacientes, devido à grande dificuldade de compressão do período de abordagem das questões, sendo que a entrevista constituiu-se como fator facilitador e não gerou impacto portanto em nossos resultados. Destacamos a receptividade no serviço por parte da equipe de enfermagem e profissionais médicos, bem como da aceitação por parte dos pacientes em relação a participação, questões simples que facilitam e resultam positivamente no contexto geral da pesquisa.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciaram que a população estudada é em sua maior parte do sexo masculino (54,31%), com idade até 59 anos (48,27%), e a grande maioria teve de abandonar o trabalho após início da hemodiálise (HD) (96,55%). A pesquisa possibilitou verificar variáveis sociodemográficas e a Qualidade de Vida (QV), por meio da aplicação do instrumento SF-36. Em resumo, a metodologia aplicada permitiu verificar a percepção dos pacientes sobre a QV, e observou-se que esta apresentou-se diminuída em vários aspectos, principalmente em relação à capacidade física

e problemas emocionais, demonstrando que há um índice alto de pacientes com DRC que necessitam de monitoramento e referenciamento junto à equipe especializada.

A partir dos resultados, conclui-se que o planejamento de ações em conjunto (indivíduo, família e a equipe de assistência a saúde) são importantes no sentido de amenizar/diminuir os respectivos níveis reduzidos de QV. Sendo assim, sugere-se estratégias como educação em saúde e reabilitação física para reverter o quadro físico nestes pacientes, facilitando a redução dos problemas de saúde mental e facilitando a reinserção destes em atividades abandonadas devido às consequências impostas pela doença.

Outro aspecto levantado é a necessidade de realização de novos estudos nesta área e de acompanhamento rotineiro da QV dos pacientes em HD, pois acreditamos que, a partir deste diagnóstico/levantamento, possa se planejar e implementar intervenções, as quais podem contribuir para minimizar o sofrimento dos pacientes em HD, melhorar a adesão ao tratamento e outros aspectos que influenciam a QV.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.
2. Barbosa ACS, Salomon CS. Resposta inflamatória de acometidos com doença renal crônica em fase pré-dialítica e sua relação com a ingestão proteica. *Com. Ciências Saúde*. 2013;22(4):111-125.
3. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;5(13):670-676.
4. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em acometidos ainda não submetidos à diálise. *J. Bras. Nefrol*. 2011;33(1):93-108.
5. Costa FG, Coutinho MdPdL, Santana IOD. Insuficiência renal crônica: representações sociais de acometidos com e sem depressão. *Psico-usf*. 2014;3(19):387-398.
6. Sancho POS, Tavares RP, Lago CdCL. Assistência de enfermagem frente às principais complicações do tratamento hemodialítico em acometidos renais crônicos. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2013;1(2):169-183.
7. Castro MD, 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. Assoc. Med. Bras*. 2003;49(3):245-249.
8. OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. 1995; 41(10):403-409.
9. Terra FDS, Costa AMDD. Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário. 2007. 175 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestre em Saúde, Coordenação de Pesquisa e Pós-graduação, Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2007.
10. Campos MO, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013;18(3):873-882.
11. IBGE (Org.). Instituto brasileiro de geografia e estatística: Chapecó. Informações completas. 2010.
12. Talhaferro B, Barboza BD, Domingos NAM. Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterilização. *Periódicos PUC Campinas*. 2006;6(15):495-506.
13. Ware, JE et al. MAP-R for Windows: Multitrait/Multi-Item Analysis Program—Revised User's Guide. Health Assessment

- Lab. Boston, MA. 1997. IN GANDEK, Barbara, M.S., et al. Psychometric Evaluation of the SF-36® Health Survey in Medicare Managed Care. HEALTH CARE FINANCING REVIEW. 2004;25(4).
14. Lopes JM et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. Acta Paul Enferm. 2014; 27(3):230-6
 15. Sesso RC, et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. J. Bras. Nefrol. 2014;36(1).
 16. Lanza AHB, et al. Perfil biopsicossocial de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. 2008;33(3):141-5.
 17. Araújo JBD, et al. Cotidiano de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: expectativas, modificações e relações sociais. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2016;8(4):4996-5001.
 18. Cavalcante MCV, et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. Jornal Brasileiro de Nefrologia. 2013;35(2):79-86.
 19. Cosson IO, et al. Perfil dos pacientes em terapia renal substitutiva em unidade de nefrologia. Revista de Enfermagem Ufpe Online. 2014;2(8):3693-3699.
 20. MenezesFGD et al. Panorama do tratamento hemodialítico financiado pelo Sistema Único de Saúde - Uma perspectiva econômica. J BrasNefrol. 2015;37(3):367-378.
 21. Abreu IS, SantosCBD. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise. Rev. enferm. UERJ. 2013 jan/mar; 21(1):95-100.

Recebido em: 26/10/2017
Revisões requeridas: Não houve
Aprovado em: 18/01/2018
Publicado em: 01/01/2019

Autora responsável pela correspondência:

Camila Zanescoc
Rua Valério Ronchi 160. Uvaranas
Ponta Grossa - PR
CEP: 84.030-320
E-mail: camila_zanescoc@hotmail.com