

## Qualidade de vida de portadores da doença renal crônica de uma capital brasileira

Quality of life of people with chronic kidney disease in a brazilian capital

Calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica en una capital brasileña

Recebido: 23/05/2021 | Revisado: 29/05/2021 | Aceito: 01/06/2021 | Publicado: 14/06/2021

### João Paulo da Silva Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5864-0295>  
Centro Universitário Tiradentes, Brasil  
E-mail: [nutrijohn@hotmail.com](mailto:nutrijohn@hotmail.com)

### Luana Suely Albuquerque de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5404-299X>  
Centro Universitário Tiradentes, Brasil  
E-mail: [luanasuely@outlook.com](mailto:luanasuely@outlook.com)

### Davi Cândido Barbosa da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0116-7254>  
Centro Universitário Tiradentes, Brasil  
E-mail: [dcbs132@gmail.com](mailto:dcbs132@gmail.com)

### Alyne da Costa Araujo Ramalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2164-7001>  
Centro Universitário Tiradentes, Brasil  
E-mail: [alynenutricao@gmail.com](mailto:alynenutricao@gmail.com)

### Juliana Célia de Farias Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3679-0158>  
Universidade Federal de Alagoas, Brasil  
E-mail: [jefsnut@hotmail.com](mailto:jefsnut@hotmail.com)

### Danielle Alice Vieira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5180-2607>  
Centro Universitário Tiradentes, Brasil  
E-mail: [danielle.silva@fanut.ufal.br](mailto:danielle.silva@fanut.ufal.br)

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes portadores da doença renal crônica em terapia renal substitutiva (hemodiálise). **Métodos:** Estudo transversal quantitativo, realizado em um hospital de referência em hemodiálise do estado de Alagoas. A coleta de dados foi realizada pela aplicação de um questionário socioeconômico e de estilo de vida, e do instrumento de avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL-bref. **Resultados:** As facetas do WHOQOL-bref evidenciaram insatisfação quase absoluta quanto a autoavaliação da qualidade de vida e satisfação com a própria saúde. Observou-se também que os domínios “físico” e “relações sociais” do instrumento obtiveram menor média de pontuação nos aspectos avaliados. Dentre as variáveis analisadas, verificou-se correlação estatística entre a renda familiar, o tempo de terapia hemodialítica e a qualidade de vida, onde os pacientes com menor renda e com menor tempo de diálise possuem maior comprometimento na qualidade de vida. **Conclusão:** Os resultados obtidos indicam insatisfação com classificação “ruim” da qualidade de vida geral auto referida dos pacientes. Em suma, as limitações, sensação de imponência, perda da autonomia e da independência, estresse e ansiedade, são alguns dos fatores de maior impacto na qualidade de vida gerados pela doença e pelo tratamento.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; Doença renal crônica; Hemodiálise.

### Abstract

**Objective:** To evaluate the quality of life of patients with chronic kidney disease undergoing renal replacement therapy (hemodialysis). **Methods:** Quantitative cross-sectional study, carried out in a referral hospital for hemodialysis in the state of Alagoas. Data collection was carried out by applying a socioeconomic and lifestyle questionnaire, and the instrument for assessing quality of life, the WHOQOL-bref. **Results:** The WHOQOL-bref facets showed almost absolute dissatisfaction with the self-assessment of quality of life and satisfaction with their own health. It was also observed that the instrument's “physical” and “social relations” domains obtained a lower average score in the evaluated aspects. Among the variables analyzed, there was a statistical correlation between family income, time on hemodialysis and quality of life, where patients with lower income and with shorter dialysis time have greater impairment in quality of life. **Conclusion:** The results obtained indicate dissatisfaction with the “bad” classification of the patients' self-reported general quality of life. In short, limitations, a sense of grandeur, loss of autonomy and independence, stress and anxiety, are some of the factors with the greatest impact on the quality of life generated by the disease and treatment.

**Keywords:** Quality of life; Chronic kidney disease; Hemodialysis.

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a terapia renal sustitutiva (hemodiálisis). **Métodos:** estudio cuantitativo, transversal, realizado en un hospital de referencia para hemodiálisis en el estado de Alagoas. La recogida de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario socioeconómico y de estilo de vida, y el instrumento de evaluación de la calidad de vida, el WHOQOL-bref. **Resultados:** Las facetas WHOQOL-bref mostraron una insatisfacción casi absoluta con la autoevaluación de la calidad de vida y la satisfacción con la propia salud. También se observó que los dominios “físico” y “relaciones sociales” del instrumento obtuvieron un puntaje promedio más bajo en los aspectos evaluados. Entre las variables analizadas, hubo una correlación estadística entre el ingreso familiar, el tiempo en hemodiálisis y la calidad de vida, donde los pacientes con menores ingresos y con menor tiempo de diálisis tienen mayor deterioro en la calidad de vida. **Conclusión:** Los resultados obtenidos indican descontento con la clasificación de “mala” de la calidad de vida general autoinformada de los pacientes. En definitiva, limitaciones, sensación de grandeza, pérdida de autonomía e independencia, estrés y ansiedad, son algunos de los factores con mayor impacto en la calidad de vida que genera la enfermedad y el tratamiento.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Enfermedad renal crónica; Hemodiálisis.

## 1. Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais, resultante da redução do número de néfrons funcionais. (Gonçalves et al., 2015; Tian & Hsu, 2017). Já é considerada como um problema de saúde pública, uma vez que sua prevalência global da DRC é de em média 13,4%, em todos os 5 estágios da doença. De acordo com o Censo de Diálise, o número estimado de pacientes sob tratamento hemodialítico no Brasil, em 2018, foi de 133.000. (SBN, 2019).

O diagnóstico é realizado através da avaliação da taxa de filtração glomerular, quando está se encontra inferior a 60ml/min; ou quando há a presença de anormalidades patológicas documentadas por biópsia ou exames de imagem. (Zhong; Yang Hai-Chun & Fogo, 2017). Atualmente não há cura para a DRC, mas algumas terapias desenvolvidas para tratá-la permitem a manutenção e extensão da vida, sendo a hemodiálise, a mais comum dentre elas. (Guerrero; Alvarado & Espina, 2012). Alguns estudos têm evidenciado o impacto negativo gerado pela doença, sua progressão e sobretudo pelo tratamento, na vida cotidiana de seus portadores, impactando diretamente na qualidade de vida (QV). (Fassbinder et al., 2015).

Acredita-se que o declínio da QV do doente renal se dá, especialmente, pelas limitações geradas pelo tratamento hemodialítico árduo e má adesão ao mesmo; mudanças severas no cotidiano; alimentação e ingestão hídrica restritas; além da impossibilidade de cura e/ou suspensão do tratamento, o que gera pensamentos negativos sobre si e sua QV. (Jardine et al., 2017).

Portanto, objetiva-se com esta pesquisa, avaliar a QV dos pacientes portadores da DRC em terapia renal hemodialítica, assistidos por um centro de referência em hemodiálise do estado de Alagoas.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal quantitativo, seguindo as diretrizes recomendadas para esse desenho, realizado no Hospital particular de Maceió, em Alagoas, o qual é um centro de referência em hemodiálise no estado, e atualmente fornece assistência hemodialítica para 300 pacientes portadores da DRC, através do Sistema Único de Saúde (SUS). (Estrela, 2018).

Todos os pacientes foram conscientizados dos objetivos da pesquisa, sendo incluídos na amostra apenas os que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL, com parecer de número 3.356.492.

Foi adotado como critério de inclusão: idade mínima de 18 anos, ter diagnóstico de DRC e estar em tratamento hemodialítico há pelo menos 30 dias. Dos 300 pacientes assistidos no hospital, 227 atendiam aos critérios de inclusão, todavia 27 pacientes se recusaram a participar da pesquisa, o que correspondeu a uma perda de 11,9%.

A coleta de dados foi realizada por um pesquisador previamente treinado. A entrevista foi conduzida antes da hemodiálise, sendo aplicados dois instrumentos: um questionário de elaboração própria, contendo dados socioeconômicos e demográficos, pessoais e de estilo de vida; e o questionário de avaliação da QV (The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref), criado e validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Visando complementar a avaliação dos pacientes, foi utilizado o SmartHealth® - v01.11, software adotado pelo local da pesquisa para registro dos prontuários, no qual foram coletados: peso seco (pós-diálise), altura, índice de massa corporal (IMC), data de início do tratamento hemodialítico e hemoglobina sérica. As informações relatadas nas entrevistas foram complementadas e/ou confirmadas através dos prontuários eletrônicos. Ressalta-se que os dados coletados do prontuário foram mensurados pela nutricionista responsável do setor.

O WHOQOL-bref é um formulário obtido a partir do WHOQOL-100, instrumento de origem. Possui 26 perguntas, duas direcionadas a QV geral, e as demais divididas em domínios que avaliam diversos aspectos relacionados a QV, sendo os domínios: físico, psicológico, de relações sociais e meio ambiente, pontuados de forma independente, considerando que a QV é um construto multidimensional. Possui uma escala Linkert, com pontuação de 1 a 5, que foi recodificada numa escala de 0 a 100, indicando que quanto maior a pontuação, melhor é a QV no domínio avaliado.

Para facilitar a interpretação dos dados, as facetas de autoavaliação da QV e satisfação com a saúde, foram recodificadas e agrupadas em duas categorias, de forma que todos os pacientes que relataram QV “muito ruim”, “ruim” e “razoável” foram agrupados na categoria “ruim”, já aqueles que declaram “boa e “muito boa” foram agrupados na categoria “boa”. Ao mesmo tempo, os que declararam satisfação com a própria saúde como “muito insatisfeito”, “insatisfeito” e “razoável”, foram agrupados na categoria “insatisfeito”, em contrapartida, aqueles que declararam “satisfeito e “muito satisfeito” foram agrupados na categoria “satisfeito”.

A tabulação dos dados foi realizada no Microsoft Excel, versão 97-2003. Para realização das análises estatísticas, fez-se uso do software EpiInfo® versão 7.2.2.6. Foram calculadas as prevalências, médias e desvios padrão para descrição do perfil da população. Para verificar associação entre as variáveis, utilizou-se o Test t Student, considerando significância estatística o valor de 5% ( $p \leq 0,05\%$ ).

### 3. Resultados

A amostra foi predominantemente do sexo masculino (60,5%), a média de idade foi de  $51,78 \pm 13,8$  anos, sendo 1/3 da população total idosa. Em relação a renda familiar, mais de 2/3 da amostra relatou renda igual ou inferior a um salário mínimo.

No tocante às comorbidades crônicas avaliadas, constatou-se que quase 70% possui diagnóstico clínico de HAS e 34,5% de DM. A maior parte referiu estar em terapia hemodialítica a menos de 24 meses (58,5%) e possui sua classificação do IMC dentro da faixa de normalidade (tabela 1).

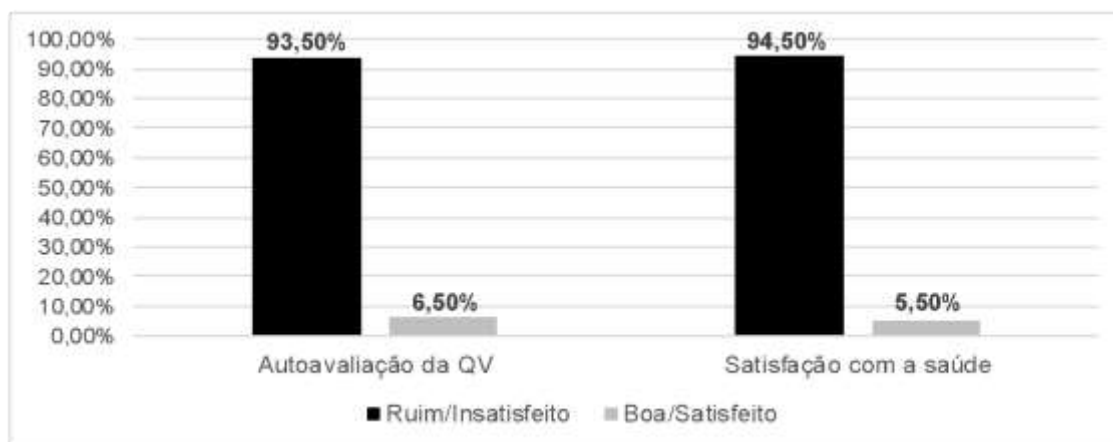
**Tabela 1.** Variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas de pacientes assistidos por um centro de referência em hemodiálise, Maceió-AL, 2019.

Variáveis (n)	População total n = 200	Percentual (%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	121	60,5
Feminino	79	39,5
<b>Faixa etária</b>		
Adulto jovem (18-39 anos)	41	20,5
Adulto (40-59 anos)	95	47,5
Idoso ( $\geq 60$ anos)	64	32,0
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto/fundamental	143	71,5
Médio/Superior	57	28,5
<b>Situação conjugal</b>		
Casado/união estável	125	62,5
Solteiro/divorciado/viúvo	75	37,5
<b>Renda</b>		
$\leq 1$ salário mínimo	127	63,5
$> 1$ salário mínimo	73	36,5
<b>Moradia</b>		
Própria/cedida	151	75,5
Alugada	49	24,5
<b>Localização da moradia</b>		
Zona urbana	163	81,5
Zona rural/indígena	37	18,5
<b>HAS</b>		
Sim	137	68,5
Não	63	31,5
<b>DM</b>		
Sim	69	34,5
Não	131	65,5
<b>Hábito tabagista</b>		
Tabagista	16	8,0
Ex-tabagista	104	52,0
Não tabagista	80	40,0
<b>Hábito etilista</b>		
Etilista	8	4,0
Ex-etilista	110	55,0
Não-etilista	82	41,0
<b>Prática de atividade física</b>		
Praticante	82	41,0
Não praticante	118	59,0
<b>IMC</b>		
Baixo peso ( $< 18,5 \text{kg/m}^2$ )	17	8,5
Eutrofia ( $\geq 18,5 \text{kg/m}^2$ )	183	91,5
<b>Tempo de hemodiálise</b>		
Até 24 meses	117	58,5
Mais de 24 meses	83	41,5

Fonte: Autores (2019).

O gráfico 1 apresenta os resultados obtidos das facetas de autoavaliação da QV e o nível de satisfação com a própria saúde. Foi possível observar um elevado predomínio de insatisfação para ambos aspectos avaliados.

**Gráfico 1.** Percentuais de autoavaliação da QV e satisfação com a própria saúde de pacientes assistidos em um centro de hemodiálise, Maceió-AL, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Quanto aos domínios, verificou-se que os domínios “físico” e “relações sociais” obtiveram menor média de pontuação nos aspectos avaliados. Em contrapartida os domínios “ambiental” e “psicológico” apresentaram escores significativamente maiores (Tabela 2).

**Tabela 2.** Escores médios, adequação e desvio padrão (DP) dos domínios do WHOQOL-Bref de pacientes assistidos por um centro de hemodiálise, Maceió-AL, 2019.

Domínio	População total		
	Média	DP	Adequação (%)
Físico	1,61	0,94	32,2
Psicológico	3,06	1,16	61,2
Relações Sociais	2,10	1,30	42
Ambiental	3,61	0,94	72,2

Fonte: Autores (2019).

Dentre as variáveis analisadas, verificou-se correlação estatística entre a renda familiar e o tempo de terapia hemodialítica com a QV, em que os de menor renda e menor tempo de diálise possuem maior comprometimento da QV (tabela 3).

**Tabela 3.** Variáveis associadas à qualidade de vida de pacientes assistidos por um centro de referência em hemodiálise, Maceió-AL, 2019.

Variáveis	Qualidade de vida		p – valor
	Inadequada n (%)	Adequada n (%)	
<b>Sexo</b>			
Masculino	112 (92,56)	9 (7,44)	0,36
Feminino	75 (94,94)	4 (5,06)	
<b>Local de moradia</b>			
Zona urbana	153 (93,87)	10 (6,13)	0,44
Zona rural/indígena	34 (91,89)	3 (8,11)	
<b>Renda familiar</b>			
Até 1 salário mínimo	122 (96,06)	5 (9,94)	0,05
>1 salário mínimo	65 (89,04)	8 (10,96)	
<b>HAS</b>			
Sim	130 (94,89)	7 (5,11)	0,19
Não	57 (90,48)	6 (9,52)	
<b>DM</b>			
Sim	67 (97,10)	2 (2,90)	0,11
Não	120 (91,60)	11 (8,40)	
<b>Atividade física</b>			
Praticante	78 (95,12)	4 (4,88)	0,31
Não praticante	109 (92,37)	9 (7,63)	
<b>Tempo de diálise</b>			
Até 2 anos	113 (96,58)	4 (3,42)	0,03
Mais de 2 anos	74 (89,16)	9 (10,84)	
<b>Hemoglobina</b>			
Reduzida	160 (93,02)	12 (6,98)	0,49
Normal	24 (96,0)	1 (4,0)	

Fonte: Autores (2019).

#### 4. Discussão

Dada a crescente prevalência da DRC a nível mundial, sua importância econômica e consequências sob a QV de seu portador, está tem se tornado grande alvo de pesquisas nas últimas décadas. (Hill et al., 2016). Apesar disso, nota-se escassez de estudos com a temática QV de doentes renais crônicos realizados no Brasil, em especial na região nordeste, não tendo sido encontrado nenhum estudo publicado que tenha sido realizado no estado de Alagoas até o momento.

A amostra avaliada foi de maioria masculina, o que corrobora com outros estudos realizados com adultos em hemodiálise. (Ferreira & Filho, 2011; Cavalcante et al., 2013; Oliveira et al., 2016). De modo geral, essa constatação pode estar associada com a vantagem de sobrevivência das mulheres em relação aos homens, considerando que estas vão produzindo práticas de autocuidado desde muito cedo, por este motivo, o sexo feminino tende a ser menos vulnerável há uma série de agravos crônicos, quando comparado ao sexo masculino. (Matthews et al., 2019). Por outro lado, a falta de procura de cuidados médicos (preventivos ou terapêuticos) é uma característica inerente a população masculina, fato esse que pode justificar a maior prevalência da DRC nesse sexo.

Observou-se uma prevalência de quase 50% de indivíduos com DRC com idade entre 40 e 59 anos. Por tratar-se de um agravo crônico que se manifesta com o decorrer da idade, é possível observar que, conforme a idade aumenta, a prevalência da DRC tende a aumentar exponencialmente. A média de idade aqui encontrada, correspondente a quinta década de vida, sendo este dado compatível com outros autores. (Oliveira et al., 2016; Jesus et al., 2019). Vale ressaltar que boa parte da perda amostral foi de idosos, devido ao baixo nível de compreensão e/ou impossibilidade de responder ao instrumento.

Quanto às variáveis clínicas, houve grande prevalência de HAS, agravo que se associa fortemente a DRC, sendo causa atribuída de aproximadamente 30% dos casos de doença renal em estágio terminal. As lesões renais decorrentes da HAS se devem, em especial, a disfunção endotelial, ativação aumentada atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona,

sobrecarga salina decorrente da diminuição da capacidade de excreção de sódio, dentre outros fatores. Portanto, a HAS não tratada ou inadequadamente tratada, é um importante fator de risco para a doença renal, também denominada nefroesclerose hipertensiva, sendo não apenas um fator causal, mas também agravante da DRC. (Kopp, 2013).

De forma ainda mais evidente, a DM é considerada a causa primária de aproximadamente 40% dos casos de doença renal crônica em todo o mundo. Embora os resultados desta pesquisa apontam uma prevalência superior da HAS sobre a DM nesta população. Uma série de alterações metabólicas associadas ao DM promovem a hipertrofia glomerular, glomeruloesclerose e inflamação túbulo intersticial e fibrose, que caracterizam o dano renal. (Alicic et al., 2017).

Essas complicações podem estar associadas, especialmente, ao negligenciamento do controle glicêmico a longo prazo, visto que, por se tratar de uma doença muitas vezes assintomática ou de sintomatologia leve, acaba sendo negligenciada, portanto, não tratada devidamente, podendo acarretar a DRC como complicação. (ADA, 2019). Além da HAS e da DM, sabe-se o uso de drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, também são prejudiciais às funções renais especialmente quando há algum comprometimento pré-existente.

A forma com a qual os portadores da DRC vivem e lidam com a doença e com o tratamento é única e pessoal. Vale destacar que uma série de fatores estão atrelados a isto, e estes são avaliados em todos os domínios do WHOQOL-bref. As duas primeiras facetas do instrumento, tratam da autoavaliação da QV e da satisfação com a própria saúde, sendo constatado no público avaliado uma insatisfação quase absoluta em ambas as facetas do instrumento.

Neste estudo, o tempo de tratamento hemodialítico influenciou na QV, sendo os pacientes com tempo de HD inferior há 24 meses os com piores escores de QV, o que pode ser explicado pelo fato de que os dois primeiros anos de HD, em especial os 12 meses iniciais, são caracterizados como período de adaptação ao tratamento. (Wong et al., 2014).

Com o decorrer do tempo, os pacientes passam a se adaptar fisiologicamente e psicologicamente ao tratamento, o que gera redução de intercorrências comuns no início do tratamento. Esse argumento se sustenta pela observação feita em alguns estudos que também constataram melhores escores de QV na população com maior tempo de tratamento. (Guerrero; Alvarado & Espina, 2012).

Alguns estudos verificaram que pacientes com renda mensal superior a 2 (dois) salários mínimos obtiveram melhores escores de QV, em especial nos aspectos sociais e ambientais. (Guerrero; Alvarado & Espina, 2012). Todavia, aproximadamente 2/3 dos pacientes desta pesquisa relataram renda igual ou inferior a 1 (um) salário mínimo, estando está relacionada a piora da QV. Vale salientar que a necessidade de afastamento das atividades remuneradas, predominante no início do tratamento, gera uma diminuição na renda familiar, que conseqüentemente limita o doente renal a manter o padrão de vida presente antes da doença, gerando uma série de restrições e diminuição da realização de atividades de lazer, o que compromete diretamente a QV. (Kraus et al., 2016).

Os resultados desta pesquisa mostraram a existência de níveis preocupantes de inadequação de alguns domínios da QV dos portadores da DRC, especialmente no que se refere aos aspectos físicos e as relações sociais. Dentre os domínios do WHOQOL-bref, o domínio físico obteve a pior média, o que pode ser justificado pela cronicidade da doença associada ao tratamento hemodialítico que demanda uma rotina terapêutica extenuante e que, na maioria das vezes, tem como consequência o declínio motor e funcional do paciente. (Hornik & Dulawa, 2019). Ashima et al. (2020) ao avaliar a QV de 503 indivíduos adultos com DRC dialítica, com o mesmo instrumento utilizado nesta pesquisa, também obteve pior escore no domínio físico. Outros autores também reforçam a mesma constatação e correlacionam como consequência do tratamento. (Joshi et al., 2017; Jesus et al., 2019).

A HD promove uma série de alterações no metabolismo energético-proteico, que impactam diretamente na diminuição das reservas corporais de proteína e calorias. Associado a inflamação, acidose metabólica e alimentação inadequada, dor e desconforto, fadiga, má qualidade do sono e repouso, limitações severas quanto a prática de atividades físicas e impossibilidade de manutenção da rotina e capacidade de trabalho também afetam drasticamente o domínio físico. (Michou et al., 2019; Lok et al., 2017).

Outras alterações podem justificar o domínio físico como o mais comprometido, dentre eles destaca-se a perda da capacidade funcional decorrente das injúrias geradas pela inutilização da fístula arteriovenosa (FAV). É comum que este acesso seja realizado mais de uma vez, visto que, por diversos motivos, perdem sua funcionalidade, fazendo necessária a criação de uma nova FAV. Como consequência disto, o paciente acaba sendo muito lesionado, ocasionando perda de mobilidade no membro de acesso, conseqüentemente promovendo deterioração da capacidade física e funcional. (Santos et al., 2013; Lok et al., 2017).

O estado nutricional (EN) é outro fator determinante da boa capacidade funcional, nesse contexto, vale ressaltar que a desnutrição tem elevada prevalência em pacientes renais crônicos, como evidenciado por um estudo realizado por Freitas et al., (2014) que avaliou o EN de 344 pacientes em HD, fazendo uso de variáveis bioquímicas e antropométricas, constatando a presença de 50% de desnutrição na população estudada. Entretanto, nosso estudo avaliou apenas o IMC da população, sendo



este um marcador impreciso na avaliação do EN, visto que não avalia composição corporal, não podendo, portanto, ser um marcador confiável para avaliar o EN da população do estudo, considerando que foi encontrada uma prevalência de apenas 8,5% de desnutrição.

O domínio de relações sociais obteve a segunda pior média do WHOQOL-bref, e de acordo com Cohen et al., (2007) o apoio social tem a capacidade de influenciar positivamente a adesão a terapia hemodialítica, além de promover redução do estresse, melhora do humor e de alguns parâmetros fisiológicos, em especial, do sistema imunológico, o que impacta diretamente na QV.

Parâmetros como autoestima, aparência e imagem corporal, sentimentos positivos e espiritualidade, são avaliados pelo domínio psicológico. Já o domínio ambiental avalia lazer, moradia, recursos financeiros e meios de deslocamento/transporte. (WHO, 1998). Apesar das pontuações desses domínios terem sido maiores quando comparadas com os demais, estes ainda se encontram com classificação “regular” de QV, sendo, portanto, um resultado que demanda atenção.

Ferreira & Filho (2011) apontaram que o domínio ambiental estava mais comprometido que o de relações sociais em paciente renais da região de Marília/SP, divergindo dos resultados aqui encontrados. Entretanto, é necessário considerar que os fatores que consolidam este domínio baseiam-se, especialmente, nas condições financeiras do indivíduo, portanto, aqueles que possuem maior poder aquisitivo tendem a ter melhores condições de moradia, transporte, atividades de lazer, e consequentemente, possuem melhores escores neste domínio. Deste modo, assim como no domínio de relações sociais, a variabilidade entre os escores do domínio ambiental pode ser frequente, pois depende muito do perfil socioeconômico da população avaliada.

Em relação ao domínio psicológico, assim como em outros estudos, encontra-se parcialmente comprometido, todavia, considerando que a depressão tem prevalência de até 30% em pacientes dialíticos, e é um agravo subdiagnosticado, além de ser um fator de risco independente para o aumento da morbimortalidade de portadores da DRC, é recomendável a aplicação de instrumentos mais precisos para avaliar a função psicológica, possibilitando a intervenção terapêutica efetiva nesses pacientes, quando necessária. (Cavalcante et al., 2013; Hagemann, Martin & Neme, 2019).

## 5. Conclusão

Os resultados obtidos neste estudo indicam insatisfação com classificação “ruim” da QV geral auto referida dos pacientes. Nesse contexto, deve-se destinar atenção quanto aos aspectos que promovem deterioração da QV pela percepção do próprio paciente, que podem ser identificados através dos domínios que obtiveram piores escores. Constatou-se que o domínio físico, bem como as relações sociais desses indivíduos estão altamente comprometidas e fortemente associadas a pior QV. Além disso, o perfil socioeconômico e o tempo de terapia hemodialítica também são preditores estatisticamente determinantes na contribuição para a deterioração da QV.

Apesar de existirem numerosos estudos voltados para avaliação da QV de doentes renais crônicos, os resultados existentes na literatura apresentam alguns aspectos controversos que necessitam ser melhor elucidados, portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de cada vez mais pesquisas para preencher as lacunas existentes na literatura mundial, que serão úteis no desenvolvimento de estratégias para melhorar a QV dos portadores da doença.

## Referências

- Alicic, R. Z., Rooney, M. T. & Tuttle, K. R. (2017). Diabetic Kidney Disease: Challenges, Progress, and Possibilities. *Clin J Am Soc Nephrol*; 7;12(12):2032-2045. doi: 10.2215/CJN.11491116.
- American Diabetes Association (ADA) (2019). *Standards of Medical Care in Diabetes*. ADA. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/Diretriz-2019-ADA.pdf>.
- Cavalcante, M. C. V., Lamy, Z. C., Filho, F. L., França, A. K. T. C., Santos, A. M., Thomaz, E. B. A. F, et al. (2013). Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. *J Bras Nefrol* [online], 35(2):79-86. doi: 10.5935/0101-2800.20130014
- Cohen, S. D., Sharma, T., Acquaviva, K., Peterson, R. A., Patel, S. S. & Kimmel, P. L. (2007). Social support and chronic kidney disease: an update. *Adv Chronic Kidney Dis.*; 14(4):335-344. DOI: 10.1053/j.ackd.2007.04.007
- Estrela, C. (2018). *Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa*. Editora Artes Médicas.
- Fassbinder, T. R. C., Winkelmann E. R., Schneider J., Wendland J. & Oliveira O. B. (2015). Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise - Um estudo transversal. *J Bras Nefrol* [online], 37(1):47-54. doi: 10.5935/0101-2800.20150008
- Ferreira, R. C. & Filho C. R. S. (2011). A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *J Bras Nefrol*. 2011; 33(2):129-135.



- Freitas, T. V. S., Vaz I.M.F., Ferraz S.F., Peixoto M.R.G. & Campos M.I.V. (2014). Prevalence of malnutrition and associated factors in hemodialysis patients. *Rev Nut.*; 27(3):357-366.
- Gonçalves, F. A., Dalosso, I. F., Borba, J. M. C., Bucanev, J., Valerio, N. M. P., Okamoto, C. T., et al. (2015). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba – PR. *J Bras Nefrol* [online], 37(4):467-474. doi: 10.5935/0101-2800.20150074
- Guerrero, V. G., Alvarado, O. S. & Espina, M. C. (2012). Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Rev Lat-Am Enf.*, 20(5).
- Hagemann, P. M. S., Martin, L. C. & Neme, C. M. B. (2019). O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas de depressão de pacientes em hemodiálise. *J Bras Nefrol*; 41(1):74-82.doi: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0023
- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O'callaghan, C. A., Lasserson, D. S., et al. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 6;11(7):e0158765. DOI: 10.1371/journal.pone.0158765
- Hornik, B. & Dulawa, J. Frailty, (2019). Quality of life, anxiety, and other factors affecting adherence to physical activity recommendations by hemodialysis patients. *Int J Environ Res Public Health*; 23;16(10):1827. doi: 10.3390/ijerph16101827
- Jardine, M. J., Zuo, L., Gray, N. A., Zoysa, J. R., Chan, C. T., Gallagher, M. P., et al. (2017). A trial of extending hemodialysis hours and quality of life. *J Am Soc Nephrol*, 28(6):1898-1911. doi: 10.1681/ASN.2015111225
- Jesus, N. M., Souza, G. F., Mendes-Rodrigues, C., Neto, O. P. A., Rodrigues, D. D. M. & Cunha, C. M. (2019) Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *J Bras Nefrol* [online]; 41(3):364-374. doi: 10.1590/2175-8239-jbn-2018-0152
- Joshi, U., Subedi, R., Poudel, P., Ghimire, P. R., Panta, T. A. S. & Sigdel, M. R. (2017). Assessment of quality of life in patients undergoing hemodialysis using WHOQOL-BREF questionnaire: a multicenter study. *Int J Nephrol Renovasc Dis*; 19;10:195-203. doi: 10.2147/IJNRD.S136522
- Kopp, J. B. (2013). Rethinking hypertensive kidney disease: arterionephrosclerosis as a genetic, metabolic, and inflammatory disorder. *Curr Opin Nephrol Hypertens*; 22(3):266-272. doi: 10.1097/MNH.0b013e3283600f8c
- Kraus, M. A., Fluck, R. J., Weinhandl, E. D., Kansal, S., Copland, M; Komenda, P., et al. (2016). Intensive Hemodialysis and Health-Related Quality of Life. *Am J Kidney Dis*. 68(5S1):33-42. doi: 10.1053/j.ajkd.2016.05.023.
- Lok, C. E., Rajan, D. K., Clement, J., Kiaii, M., Sidhu, K., Thomson, K., et al. (2017). Endovascular proximal forearm arteriovenous fistula for hemodialysis access: results of the prospective, multicenter novel endovascular access trial. *Am J Kidney Dis*; 70(4):486-497. DOI: 10.1053/j.ajkd.2017.03.026
- Matthews, C. E., Berrigan, D., Fischer B., Gomersall, S. R., Hillreiner, A., Kim, Y., et al. (2019) Use of previous-day recalls of physical activity and sedentary behavior in epidemiologic studies: results from four instruments. *BCM Public Health.*; 3;19(2):478. doi: 10.1186/s12889-019-6763-8
- Micho, V., Kouidi, E., Liakopoulos, V., Dounousi, E. & Deligiannis, A. (2019). Attitudes of hemodialysis patients, medical and nursing staff towards patients' physical activity. *Int Urol Nephrol*. 51(7):1249-1260. doi: 10.1007/s11255-019-02179-1
- Oliveira, A. P. B, Schmidt, D. B., Amatneeks, T. M., Santos, J. C., Cavallet, L. H. R. & Michel, R.B. (2016). Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. *J Bras Nefrol*; 38(4):411-420.
- Ravindran, A., Sunny, A., Kunnath, R. P. & Divakaran, B. (2020). Assessment of quality of life among end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *Indian J Palliat Care*; 26(1):47-53. doi: 10.4103/IJPC.IJPC\_141\_19
- Santos, A. C. B, Machado, M. C, Pereira, L. R., Abreu, J. L. P. & Lyra, M. B. (2013). Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. *J Bras Nefrol* [online]; 35(4):279-288. DOI: 10.5935/0101-2800.20130047
- Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2018). *Censo de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia*. <https://arquivos.sbn.org.br/uploads/sbninformal14.pdf>.
- Tian, Y. L. & Hsu, C. N. (2017). Developmental Origins of Chronic Kidney Disease: Should We Focus on Early Life? *Int J Mol Sci*, 18(2): 381. doi:10.3390/ijms18020381
- Wong, S. P. Y., Kreuter, W. & O'hare, A. M. (2014). Healthcare intensity at initiation of chronic dialysis among older adults. *J Am Soc Nephrol*. 2014 Jan; 25(1):143-149. doi: 10.1681/ASN.2013050491
- World Health Organization (WHO). (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. The WHOQOL Group. *Psychol Med.*; 28(3):551-558. doi: 10.1017/s0033291798006667
- Zhong, J., Yang, Hai-Chun & Fogo, A. B. (2017). A perspective on chronic kidney disease progression. *Am J Physiol Renal*, 1;312(3):375-384. doi: 10.1152/ajprenal.00266.2016