



QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE: UM ESTUDO TRANSVERSAL

QUALITY OF LIFE OF CHRONIC RENAL PATIENTS IN HEMODYALYSIS: A CROSS-STUDY

Driely Stefani Oliveira Lellis¹
Carlyle Marinho Júnior²

RESUMO

A Doença renal crônica (DRC) em fase avançada em hemodiálise (HD) afeta o estado de saúde geral, gera impactos sociais, psicológicos, financeiros e prejuízo na qualidade de vida (QV). Foi realizado um estudo transversal com objetivo de avaliar a QV de pacientes renais crônicos em HD e correlacionar as variáveis do Questionário Genérico SF-36 com o tempo de DRC e HD e ao sexo. O tempo de DRC apresentou correlação positiva e estatisticamente significativa com o componente dor ($r = 0,400 / p = 0,028$); os demais componentes de saúde física e mental com o tempo de DRC e o tempo de HD e ao sexo não apresentaram associação estatisticamente significativa, entretanto há uma relação direta entre os maiores declínios da saúde física e mental com o maior tempo de DRC e HD. Conclui-se que pacientes renais crônicos em hemodiálise apresentam diminuição da qualidade de vida diretamente associada com as implicações físicas e mentais geradas tanto pela DRC quanto pelo tempo de HD.

Palavra-chave: Doença renal crônica; hemodiálise; qualidade de vida.

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) in advanced hemodialysis (HD) affects the general health, generates social, psychological, financial and quality of life (QOL). A cross-sectional study was conducted to assess the quality of life of chronic renal failure patients in HD and to correlate the SF-36 Generic Questionnaire variables with CKD and HD time and gender. The CKD time presented a positive and statistically significant correlation with the pain component ($r = 0.400 / p = 0.028$); The other components of physical and mental health with time of CKD and time of HD and gender did not present statistically significant association, however there is a direct relationship between the largest declines of physical and mental health with longer time of CKD and HD. It is concluded that chronic renal patients on hemodialysis present decreased quality of life directly associated with the physical and mental implications generated by CKD and HD time.

Keywords: Chronic Kidney Disease; hemodialysis; quality of life.

^{1,2} Centro Universitário Toledo de Araçatuba - UniToledo

1. INTRODUÇÃO

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase corporal, e dentre suas principais funções, estão a regulação da composição iônica e manutenção da osmolaridade e do volume sanguíneo, controle pressórico, liberação de hormônios, regulação do nível de glicose, excreção de resíduos, filtração do sangue e formação de urina. (MANGAN, 2018).

A taxa de filtração glomerular (TFG) é o volume e concentração de água filtrada fora do plasma pela parede dos capilares glomerulares nas capsulas de Bowman por unidade de tempo. A estimativa da TFG é o marcador mais fidedigno do nível da função renal, na presença ou ausência da condição patológica (LEVEY, 2002).

Doença renal crônica (DRC) é um grave problema de saúde pública pelas morbidades e elevadas taxas de mortalidade em todo o mundo. Caracterizada por lesões renais lentas e progressivas identificadas pela diminuição na TFG em um período de pelo menos três meses (YAMASHITA SR, 2015).

A DRC é classificada em 5 estágios de acordo com a National Kidney foundation (K/DOQI, 2002): Estágio 1 - lesão renal com TFG normal (>90 ml/MIN/1,73 M²), estágio 2 - lesão renal com ligeira diminuição da TFG (entre 60 e 90 ml/min/1,73 m²), estágio 3 - lesão renal com moderada diminuição da TFG (entre 30-59 ml/MIN/1,73 M²), estágio 4 - lesão renal com severa diminuição da TFG (entre 15-29 ML/MIN/1,73 M²), estágio 5 - insuficiência renal com TFG < 15 ml/MIN/1,73 M²).

O estágio 5 (fase terminal), caracteriza o momento incompatível com a vida. Nesta fase, os sintomas são intensos, sendo necessário iniciar a terapia de substituição renal (TSR), e dentre as opções terapêuticas estão a hemodiálise (HD) ou o transplante renal (TX) (LI J et al., 2017).

A hemodiálise (HD) é um dos métodos de TSR quando a DRC atinge o estágio 5. O sangue flui a bomba por uma máquina de hemodiálise, atravessa uma extensão extracorpórea, filtrado por uma membrana semipermeável, onde ocorrem troca de fluidos, eletrólitos e produtos metabólicos e retorna ao paciente por um cateter de acesso venoso central, fístulas ou próteses arteriovenosas (DAUGIRDAS, 2003).

O tratamento aumenta a sobrevida dos pacientes, portanto o início da HD determina uma limitação e uma monotonia em suas atividades, afeta o estado de saúde geral, gera impactos sociais, psicológicos, financeiros e prejuízo na qualidade de vida (QV) desses pacientes (MARTINS, 2005).

A QV tem sido avaliada por meio da aplicação de distintos instrumentos, e dentre eles, destaca-se o Questionário Genérico de QV SF-36, por ser um instrumento genérico de avaliação da QV, de fácil administração e compreensão. A tradução para o português do SF-36 e sua adequação às

condições socioeconômicas e culturais para a população brasileira, bem como a demonstração de sua reprodutibilidade e validade, tornam este instrumento um parâmetro que pode ser utilizado na avaliação de diversas patologias (FASSBINDER, 2015).

A QV tornou-se um importante critério de avaliação em relação ao impacto causado em doenças crônicas como a DRC, por avaliar a influência da doença nos pacientes. Vários estudos mostraram que os pacientes com DRC submetidos a HD apresentam menor QV dos que sofrem diálise peritoneal, TX e indivíduos saudáveis (MARTINS, 2005).

Desse modo o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em fase avançada submetidos à HD pelo Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36. Correlacionar as variáveis do Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36 com o tempo de doença renal crônica e tempo de HD e ao sexo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo seguiu um desenho do tipo epidemiológico, observacional, de caráter transversal.

A amostra foi retirada de pacientes com DRC, selecionados por conveniência, em programa de HD do Hospital do Rim, da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba, entre o período de Julho a Setembro de 2018.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba, de acordo com os Padrões de Pesquisa com Seres Humanos, conforme determina a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram incluídos indivíduos com idade maior ou igual há 18 anos, no estágio 5 de DRC, qualquer sexo e estar em tratamento de HD no Hospital do Rim há pelo menos 3 meses e aceitação em participar do estudo através do preenchimento do consentimento informado.

Foram excluídos indivíduos com déficit cognitivo que o impedisse de responder adequadamente as questões propostas pelo questionário de qualidade de vida SF-36.

Os dados relativos às características demográficas da amostra foram coletados em entrevista, tais como a idade, o gênero, o nível de escolaridade, tempo de DRC, tempo de HD, o peso e a estatura para cálculo do IMC.

Para a mensuração da QV foi utilizado o Questionário Genérico de QV SF-36. Este questionário é formado por 36 itens, englobados em 8 dimensões, sendo elas a capacidade funcional

(dez itens), os aspectos físicos (dois itens), os aspectos emocionais (três itens), a dor (dois itens), o estado geral de saúde (cinco itens), a vitalidade (quatro itens), os aspectos sociais (dois itens), a saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. Apresenta um escore final de 0 a 100, na qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de saúde.

As variáveis relacionadas ao questionário SF-36 foram apresentadas por meio de estatística descritiva, média e desvio padrão e comparadas em relação ao sexo e valor de P associado ao Teste Mann Whitney. Para se estabelecer as possíveis associações entre os domínios de QV, com o tempo de DRC e tempo de HD foi utilizado o teste de Correlação de Spearman.

3. RESULTADOS

Foram abordados 45 pacientes para o presente estudo. Destes, 30 (66,6%) apresentaram critérios de elegibilidade e recrutados de forma consecutiva e 15 (33,3%) foram excluídos, sendo 07 (46,6%) por estar em período de hemodiálise inferior a três meses, 06 (40%) por dificuldade cognitiva e 02 (13,3%) recusaram em participar do estudo, conforme Figura 1.

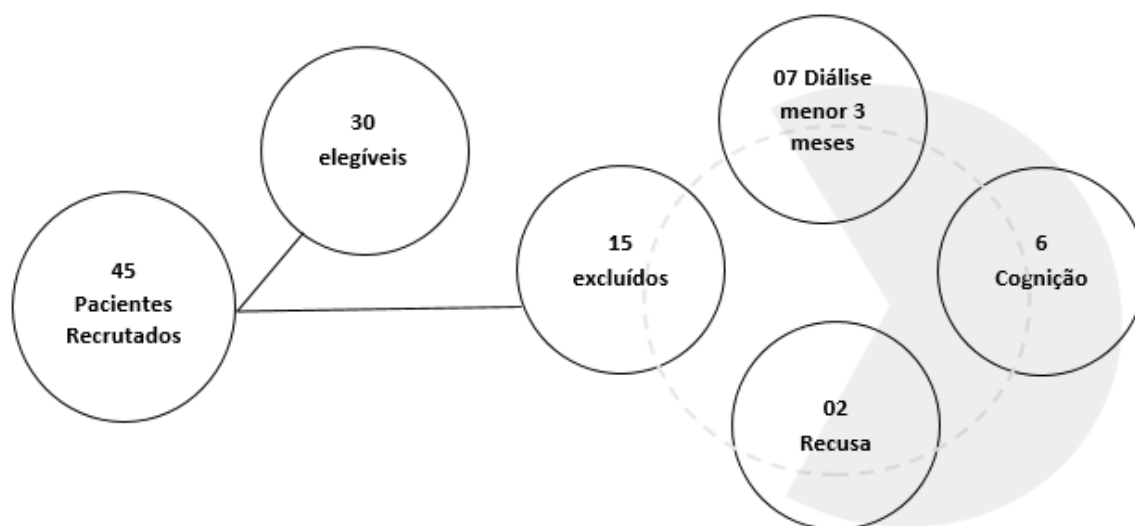


Figura 1. Fluxograma de recrutamento dos pacientes

As características demográficas e epidemiológicas foram apresentadas por meio de estatística descritiva (média e desvio padrão), conforme tabela 1. Observou-se idade média de $64,1 \pm 5,9$ anos. Desses, 56,6% apresentaram primeiro e/ou segundo grau completo e 43,3% curso superior. Com relação ao tempo médio de DRC verificou-se $5,6 \pm 5,8$ anos, e HD $2,9 \pm 2,4$ anos.

Tabela 1. Dados demográficos e epidemiológicos da população do estudo.

		Média	DP
Dados	Idade do paciente	64,1	5,9
	IMC	28,6	7,1
	Tempo de doença renal (anos)	5,6	5,8
	Tempo de hemodiálise (anos)	2,9	2,4
		N	%
Grau de escolaridade	Ensino Fundamental	4	13,3
	Ensino Médio	13	43,3
	Superior Completo	9	30,0
	Pós graduação	4	13,3
Sexo	Feminino	12	40
	Masculino	18	60

A tabela 2 apresenta as médias e desvio padrão, valores mínimo e máximo quanto à análise dos componentes do questionário SF-36 para cada domínio.

Tabela 2. Valores obtidos para cada domínio de Saúde Física e Mental relacionados ao questionário de Qualidade de Vida SF- 36

		N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Saúde Física	Aspectos físicos	30	10	100	60,50	25,675
	Capacidade funcional	30	0	100	33,00	37,888
	Dor	30	22	100	67,37	30,891
	Estado geral de saúde	30	15	92	47,17	20,596
Saúde Mental	Vitalidade	30	0	100	63,67	30,596
	Aspectos sociais	30	12	100	56,50	27,100
	Aspectos emocionais	30	0	100	40,90	40,654
	Saúde mental	30	16	100	69,87	25,875

As variáveis relacionadas ao questionário SF-36 comparadas em relação ao sexo podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3 – Valores obtidos para as variáveis relacionadas ao questionário SF-36 de QV em relação ao sexo; e valor de P associado ao Teste Mann Whitney ($P < 0,05$)

		Feminino			Masculino			Teste t Valor P
		N	Média	DP	N	Média	DP	
	Capacidade funcional	12	39,2	39,9	18	29	37	0,436
Saúde Física	Aspectos físicos	12	56,7	30,6	18	63	22	0,5956
	Dor	12	74,3	29,7	18	63	32	0,2735
	Estado geral de saúde	12	45,7	22,2	18	48	20	0,8482
Total			54	17		51	17	0,4588
	Vitalidade	12	61,7	35,4	18	65	28	0,0949
Saúde Mental	Aspectos sociais	12	53	29,6	18	59	26	0,5723
	Aspectos emocionais	12	44,3	43,3	18	39	40	0,7367
	Saúde mental	12	69,7	28	18	70	25	0,8484
Total			57	10,9		58	13,9	0,0719

Os escores de QV do questionário SF-36 mostraram, entre os sexos, baixa pontuação e não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas, uma média nos componentes de saúde física (SF) do questionário SF-36 de 54 ± 17 para as mulheres e 51 ± 17 para homens, enquanto que os componentes de saúde mental (SM) do questionário SF-36 apresentaram uma média de $57 \pm 10,9$ para mulheres e $58 \pm 13,9$ para homens.

Para se estabelecer as possíveis associações entre os componentes SF e componentes de SM do questionário SF-36 e o tempo de DRC e o tempo de HD foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman, de acordo com Levin (1987), com nível de significância de 5%, conforme tabela 4.

Tabela 4 – Coeficientes de correlação de Spearman (r) e valores de (p) entre as variáveis relacionadas ao questionário SF-36 de QV de acordo com tempo de DRC e tempo de HD.

		Tempo de Doença Renal			Tempo de Hemodiálise	
		N	r	Valor-p	r	Valor-p
Saúde Física	Aspectos físicos	30	- 0,19	0,920	0,282	0,131
	Capacidade funcional	30	0,142	0,455	0,193	0,308
	Dor	30	0,400*	0,028	0,001	0,995
	Estado geral de saúde	30	-,073	0,701	0,098	0,608
Saúde Mental	Vitalidade	30	0,088	0,644	0,259	0,167
	Aspectos sociais	30	0,075	0,693	0,031	0,869
	Aspectos emocionais	30	0,343	0,063	0,210	0,265
	Saúde mental	30	-0,059	0,756	0,134	0,480

A tabela 4 mostrou que o tempo de doença renal apresentou correlação positiva e estatisticamente significativa com o componente dor ($r = 0,400 / p = 0,028$), e entre os demais

componentes de SF e SM com o tempo de DRC e o tempo de HD não tiveram associação estatisticamente significativa.

Considerando os valores dos Coeficientes de Correlação de Spearman, conforme figura 2, o componente físico mostra correlação negativa ($r = -0,34$; $p = 0,85$) com o tempo de DRC, o que indica uma relação de melhor SF nos pacientes com menor tempo de DRC, embora estatisticamente não significativa.

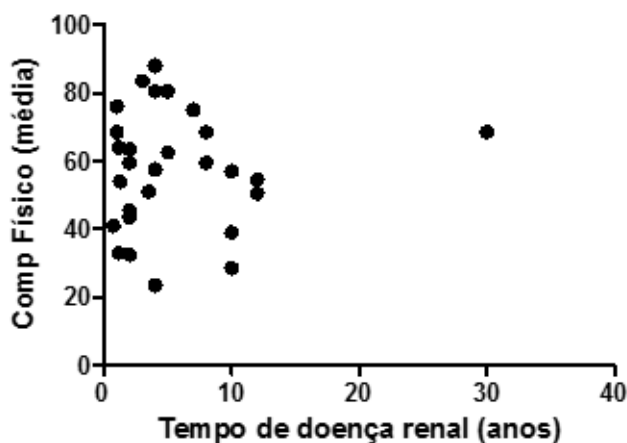


Figura 2 – Correlação de Spearman, relacionando valores correspondentes aos componentes de saúde física do questionário SF-36 com tempo de doença renal ($r = -0,3415$; $p = 0,8578$)

A figura 3 mostra uma Correlação de Spearman negativa ($r = -0,32$; $p = 0,084$), entre os componentes de SM com o tempo de DRC, indicando que, quanto menor o tempo de DRC, maior são os valores dos componentes de SM, embora estatisticamente não significativa.

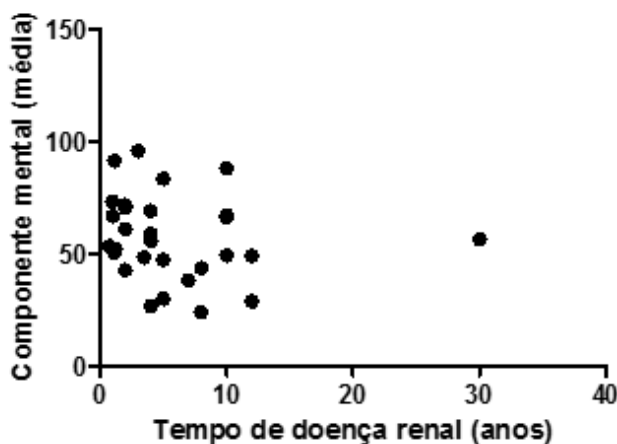


Figura 3 - Correlação de Spearman relacionando valores correspondentes ao componente mental do questionário SF-36 com tempo de DRC ($r = -0,32$, $p = 0,084$).

Os valores dos Coeficientes de Correlação de Spearman da figura 4, mostram correlação positiva ($r = 0,84$; $p = 0,65$) com o tempo de HD, indicando que, quanto maior o tempo de HD, maiores são os declínios dos componentes de SF, embora estatisticamente não significativa.

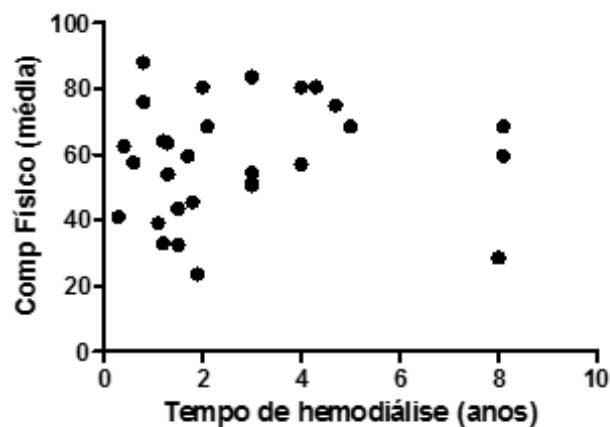


Figura 4 – Correlação de Spearman, relacionando valores correspondentes ao componente físico do questionário SF-36 com tempo de hemodiálise ($r = 0,85$, $p > 0,05$)

A figura 5 mostra uma relação inversa com o tempo de HD, o que mostra um declínio nos componentes da SM com o tempo de HD.

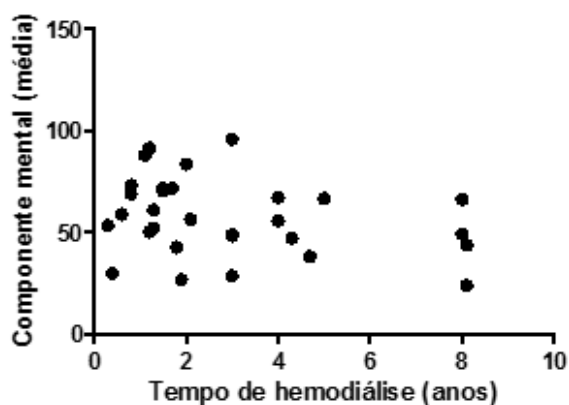


Figura 5 – Correlação de Spearman relacionando valores do componente mental do questionário SF-36 com tempo de hemodiálise ($r = - 0,29$, $p = 0,08$)

4. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram baixos escores em todos os domínios avaliados pelo questionário SF-36 de QV, entretanto todos os componentes de SF quanto os componentes de SM não se diferem estatisticamente significante entre os sexos. A literatura indica que baixos escores de QV são preditores de mortalidade em pacientes submetidos à HD (OLIVEIRA, 2016).

Os pacientes com DRC em tratamento hemodialítico apresentam redução da capacidade funcional, o que prejudica as atividades básicas, além de lazer, trabalho, convívio social e a QV (FASSBINDER, 2015).

As doenças cardiovasculares (DCV), a uremia, a anemia e a desnutrição diminuem a capacidade funcional de pacientes com DRC, com posterior comprometimento das atividades de vida diária (MARTIN, 2005).

No presente estudo, os escores de SF foram em média 52 ± 15 , mostrando valores abaixo de 50 para os domínio de capacidade funcional e o estado geral de saúde, sendo os aspectos físicos mais afetados. O componente SM que engloba a vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental tiveram uma média de 57 ± 12 e mostrou a dimensão aspectos emocionais mais comprometida com média de $40,9 \pm 27$.

BARBOSA (2007) evidenciaram importante declínio da QV entre pacientes renais crônicos em HD, principalmente no que se refere ao aspecto físico, o que é concordante com os resultados de outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento de medida, no qual se observam melhores pontuações referentes as dimensões do componente mental.

Os escores de QV, ao serem correlacionados com o tempo de DRC, apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o componente dor ($r = 0,400 / p = 0,028$). Compreende-se, que quanto maior o tempo de DRC, mais elevada é a incidência de dor pelos efeitos da DRC.

Nesse contexto, MARQUES (2016) analisou a dor de pacientes com DRC em HD e observou elevada incidência de diferentes tipos de dor, intensidade e localização variáveis, desencadeadas por complicações da DRC, dentre elas doença óssea, a perda progressiva de massa muscular, a incidência de doenças crônicas debilitantes como o diabetes *mellitus*, a doenças neurológicas e a obstruções vasculares.

O tempo de DRC apresentou correlação negativa com os demais componentes da SF ($r = -0,34; p = 0,85$) e da SM ($r = -0,32; p = 0,084$). Caracteriza-se uma relação inversamente proporcional, onde existe uma melhor SF e SM nos pacientes com menor tempo de DRC, embora estatisticamente não significativa.

O tempo médio de DRC foi de $5,6 \pm 5,8$ anos, e pacientes submetidos à hemodiálise $2,9 \pm 2,4$ anos. A partir desses dados, considera-se que a HD é uma modalidade de tratamento que minimiza os sintomas e contribui para o aumento de sua expectativa de vida, porém a DRC, em particular, acarreta expressivas mudanças de vida e auto percepção, e impactos na QV (OLIVEIRA, 2016).

O início do tratamento hemodialítico contribui para limitações no cotidiano, perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na QV, tais como afastamento do emprego, isolamento social, inatividade, alterações na imagem corporal e ainda restrições dietéticas e hídricas, que comprometem o estado físico, mental e emocional (SARMENTO, 2017).

A atividade laboral é de extrema importância nos pacientes com DCR, BOHLKE (2008) evidenciou em seu estudo de por meio de correlações significativas entre estar trabalhando e maiores escores de QV em aspectos físicos e mentais.

Nesta amostra, os escores de QV, ao serem associados com o tempo de HD, apresentaram correlação positiva e estatisticamente não significativa com o componente SF ($r = 0,84$; $p = 0,65$), mostrados na figura 4 que, quanto maior o tempo de HD, mais comprometimento físico o paciente apresentará. Enquanto que o tempo de HD quando associado ao componente de SM resultou em uma correlação negativa ($r = -0,29$; $p=0,08$) e inversamente proporcional ao tempo de HD, conforme figura 5, que mostra um declínio da SM com o maior tempo de HD.

A DRC reduz consideravelmente o desempenho físico e profissional do paciente, levando a um impacto sobre as percepções de sua própria saúde, o que pode levar a problemas relacionados à saúde mental desses pacientes (SILVEIRA, 2010).

Para FASSBINDER (2015), a HD mostrou-se um tratamento que, isoladamente, não piora os resultados da QV. Pelo contrário, ela é uma perspectiva de vida para estes pacientes. Ressalta a importância da adoção de alternativas, para que estes pacientes possam melhorar a QV desde o momento do diagnóstico de DRC, em que ainda não é necessária a HD.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que pacientes renais crônicos em HD apresentam diminuição do estado de saúde geral, capacidade funcional e estado emocional que limitam seu cotidiano, com inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida tanto pela DRC quanto pelo tempo de HD.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Luciana Mendonça Morais; JUNIOR, MP de A.; BASTOS, K. de A. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **J Bras Nefrol**, v. 29, n. 4, p. 222-9, 2007.

BOHLKE, Maristela et al. Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 126, n. 5, p. 252-256, 2008.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. Manual de Diálise. Rio de Janeiro (RJ): Ed. 2003.

DOU, Yanna et al. Accuracy of glomerular filtration rate equations for chronic kidney disease patients at the G3a stage: a single-center cross-sectional study. **BMC research notes**, v. 10, n. 1, p. 107, 2017.

DUARTE, Priscila Silveira et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 4, p. 375-81, 2003.

FASSBINDER, Tânia Regina Cavinatto et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise-Um estudo transversal. **J bras nefrol**, v. 37, n. 1, p. 47-54, 2015.

JHA, Vivekanand et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. **The Lancet**, v. 382, n. 9888, p. 260-272, 2013.

K/DOQI. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney Dis** 2002; 39: (Suppl 2):S1-S246.

LEVEY, Andrew S. et al. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 39, n. 2 SUPPL. 1, 2002.

LEVIN, J. Correlação. **LEVIN J. Estatística aplicada a ciências humanas. 2a ed. São Paulo: Editora Harbra**, p. 276-316, 1987.

LI, Junjuan et al. Sleep and CKD in Chinese adults: A cross-sectional study. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, p. CJN. 09270816, 2017.

MANGAN, Clodagh; STOTT, Martyn C.; DHANDA, Raman. Fisiologia renal: fluxo sanguíneo, filtração glomerular e depuração plasmática. **Anestesia e Medicina Intensiva**, 2018.

MARQUES, Veronius da Rosa et al. Avaliação da intensidade da dor de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Rev. dor**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 96-100, June 2016.

MARTIN, Luis Cuadrado; FRANCO, Roberto Jorge da Silva. A doença renal como fator de risco cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, p. 432-436, 2005.

MARTINS, Marielza R. Ismael; CESARINO, Claudia Bernardi. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 670-676, 2005.

OLIVEIRA, A. P. B. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. **J Bras Nefrol**, v. 38, n. 4, p. 411-20, 2016.

ROCCO, Michael V.; BERNS, Jeffrey S. KDOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD: 2012 update. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 60, n. 5, p. 850-886, 2012.

SARMENTO, Lais A. et al. Effect of conventional physical therapy and Pilates in functionality, respiratory muscle strength and ability to exercise in hospitalized chronic renal patients: a randomized controlled trial. **Clinical rehabilitation**, v. 31, n. 4, p. 508-520, 2017.

THOMAS, George et al. Metabolic syndrome and kidney disease: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, p. CJN. 02180311, 2011.

YAMASHITA, Samia Rafael et al. Value of renal cortical thickness as a predictor of renal function impairment in chronic renal disease patients. **Radiologia brasileira**, v. 48, n. 1, p. 12-16, 2015.