

Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica

Health-related quality of life of patients receiving hemodialysis therapy
Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia de hemodiálisis

Cláudio Vitorino Pereira¹
Isabel Cristina Gonçalves Leite¹

Descritores

Insuficiência renal crônica; Diálise renal; Cooperação do paciente; Qualidade de vida

Keywords

Renal insufficiency; Renal dialysis; Patient compliance; Quality of life

Descriptorios

Insuficiencia renal crónica; Diálisis renal; Cooperación del paciente; Calidad de Vida

Submetido

2 de Abril de 2018

Aceito

14 de Março de 2019

Resumo

Objetivo: identificar e mensurar fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em hemodiálise e analisar a associação da qualidade de vida relacionada à saúde e a adesão ao regime terapêutico hemodialítico.

Métodos: Estudo transversal com 258 pacientes em terapia hemodialítica. Avaliou-se a qualidade de vida relacionada à saúde através do questionário *Kidney Disease Quality of Life Short Form*. Foram analisados os componentes específicos da doença renal crônica e os componentes sumarizados físico e mental. A análise da não adesão ao regime terapêutico hemodialítico teve como base os indicadores do estudo *The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study*. Utilizaram-se, para a análise os testes de Mann Whitney e Kruskal Wallis.

Resultados: Indivíduos do sexo feminino, com menos de 60 anos, brancos, baixo nível socioeconômico, que necessitam de acompanhante, em terapia hemodialítica por menos de 5 anos, que possuem prescrição medicamentosa com dez ou mais fármacos, com baixos níveis séricos de albumina e hemoglobina e que não aderiram à restrição hídrica e à terapia apresentaram piora na qualidade de vida relacionada à saúde.

Conclusão: A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes em hemodiálise apresentou associação com as características sociodemográficas, clínicas e terapêutica. A monitoração desses parâmetros, bem como a busca do alcance dos padrões recomendáveis poderão subsidiar a prática clínica, aprimorar o planejamento assistencial e trazer melhorias em diversos aspectos da vida dos pacientes.

Abstract

Objective: To identify and measure factors associated with health-related quality of life of patients on hemodialysis with chronic kidney disease, and to analyze the association of health-related quality of life and adherence to the therapeutic hemodialysis regimen.

Methods: Cross-sectional study with 258 patients on hemodialysis therapy. Health-related quality of life was assessed using the *Kidney Disease Quality of Life Short Form* questionnaire. We analyzed the specific components of chronic kidney disease, and the physical and mental components summary. The analysis of non-adherence to the hemodialysis regimen was based on the indicators of the study, *The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study*. The Mann Whitney and Kruskal Wallis tests were used for the analysis.

Results: White female subjects, under 60 years of age, who were of a low socioeconomic level, required an accompanying person during hemodialysis therapy for less than 5 years, were prescribed ten or more medications, had low serum levels of albumin and hemoglobin, and did not adhere to fluid restriction and hemodialysis therapy experienced a lower health-related quality of life.

Conclusion: The assessment of health-related quality of life in patients on hemodialysis was associated with sociodemographic, clinical, and therapeutic characteristics. The monitoring of these parameters, as well as the attempts to achieve recommended standards, will be able to support clinical practice, improve the planning of care, and improve several aspects of the lives of the patients.

Resumen

Objetivo: Identificar y medir factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis y analizar la conexión entre la calidad de vida relacionada con la salud y la adhesión al régimen terapéutico de hemodiálisis.

Métodos: Estudio transversal con 258 pacientes en terapia de hemodiálisis. Se analizó la calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario *Kidney Disease Quality of Life Short Form*. Fueron estudiados los componentes específicos de la enfermedad renal crónica y los componentes resumidos físicos y mentales. El análisis de no adhesión al régimen terapéutico de hemodiálisis utilizó como base los indicadores del estudio *The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study*. Para el análisis, se utilizaron las pruebas de Mann Whitney y Kruskal Wallis.

Resultados: Individuos de sexo femenino, de menos de 60 años, blancos, de nivel socioeconómico bajo, que necesitan acompañante, en terapia de hemodiálisis por menos de 5 años, que tienen prescripción de medicamentos de diez o más fármacos, con niveles bajos de albúmina y hemoglobina en sangre y que no tuvieron adhesión a la restricción hídrica y a la terapia presentaron un deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud.

Conclusión: El análisis de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en hemodiálisis presentó conexión con las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. El monitoreo de estos parámetros, así como la búsqueda por alcanzar los estándares recomendables, podrán respaldar la práctica clínica, mejorar la planificación asistencial y ofrecer mejoras en varios aspectos de la vida de los pacientes.

Autor correspondente

Cláudio Vitorino Pereira
https://orcid.org/0000-0003-1490-3449
Email: claudio.pereira89@hotmail.com

DOI

http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900037



Como citar:

Pereira CV, Leite IC. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(3):267-74.

¹Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

A doença renal crônica (DRC) possui papel de destaque na transição epidemiológica em decorrência de sua prevalência e dos custos envolvidos no tratamento, bem como da alta taxa de morbimortalidade. Em sua fase mais avançada, necessita de uma terapia renal substitutiva (TRS).⁽¹⁾ Atualmente estão disponíveis a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal.⁽²⁾

De acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, a prevalência de pacientes em diálise está na faixa de 544 por milhão de pessoas (pmp), com incidência anual de 180 casos pmp. Estima-se que 111.303 indivíduos se encontrem em tratamento dialítico por ano, destes, aproximadamente, 92,8% são submetidas à hemodiálise.⁽³⁾

A evolução da terapia hemodialítica tornou possível prolongar a vida dos pacientes com dRC terminal.⁽²⁾ Entretanto, a dinâmica da terapêutica pode impor barreiras psicossociais aos pacientes devido ao tempo gasto semanalmente com o tratamento, ao aumento da dependência de familiares, à ansiedade e ao cansaço após as sessões.⁽⁴⁾

O impacto da hemodiálise no cotidiano dos pacientes tem motivado o desenvolvimento de pesquisas para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS),⁽⁵⁾ que possui centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.⁽⁶⁾ O regime terapêutico hemodialítico engloba alterações no cotidiano, tais como o deslocamento aos centros de diálise e as restrições alimentares e no convívio familiar.⁽⁷⁾ Tais mudanças estão relacionadas às características do tratamento, que inclui sessões de hemodiálise e um regime medicamentoso, dietético e hídrico.⁽⁸⁾ As condições associadas à DRC trazem prejuízo para a saúde desses pacientes. A hospitalização média por ano fica em torno de 15 dias e a QVRS autorrelatada é inferior à da população em geral.⁽²⁾

Frequentemente, pacientes em hemodiálise relatam falta de energia, fraqueza muscular, sensação de desânimo, fadiga e câibras. Tais repercussões ocasionam diminuição da QVRS devido à limitação das atividades diárias - pela condição de saúde - e do trabalho - devido aos problemas físicos - causando frustração e interferência na vida dos pacientes.⁽⁹⁾

Os reflexos estabelecidos no cotidiano dos pacientes demonstram a relevância de serem conhecidos aspectos relacionados à QVRS de pacientes em hemodiálise, bem como a associação desses à adesão a terapêutica, a fim de que se possa nortear o planejamento e as intervenções em saúde.

O presente estudo tem como objetivo identificar e mensurar fatores associados à QVRS de pacientes renais crônicos em hemodiálise e analisar a associação da QVRS e a adesão ao regime terapêutico hemodialítico.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, censitário que teve como população pacientes que realizam a terapia hemodialítica em um Hospital Universitário e em duas Clínicas de Hemodiálise privadas conveniadas ao Sistema Único de Saúde, em um município-polo macrorregional de assistência à saúde localizado na Região Sudeste do Brasil, no estado de Minas Gerais, após análise dos critérios de inclusão e exclusão. Esses três centros são responsáveis pela totalidade dos serviços de hemodiálise ambulatorial no município e servem como referência ao atendimento de 37 cidades da região.⁽¹⁰⁾

Os dados foram coletados, pelo pesquisador principal, através de entrevista e questionário para análise sociodemográfica e QVRS, enquanto a avaliação da adesão foi realizada à partir do *Software Nefrodata* e prontuários, no período de fevereiro a maio de 2017. Todos os centros dialíticos que serviram como locais de pesquisa utilizavam o *Software Nefrodata*, que proporcionou uniformidade para coleta de dados.

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que estavam em hemodiálise por um período mínimo de 3 meses e que demonstraram condições para compreender e prestar informações a respeito de sua condição de saúde através do teste de avaliação de alfabetização para saúde de adultos - SAHLPA - 18, em que se considera satisfatória uma pontuação igual ou superior a 14 pontos.⁽¹¹⁾ Foram excluídos do estudo os pacientes que se encontravam internados ou que tiveram internação no mês anterior à coleta de dados.

Dos 482 pacientes em hemodiálise atendidos pelos centros, 224 foram excluídos. Desses, 56 estavam em tratamento há menos de três (3) meses, 41 estavam internados no período de coleta ou no mês anterior, 11 recusaram-se a participar do estudo e 116 apresentaram letramento em saúde insatisfatório. A amostra foi composta por 258 participantes.

Os padrões para avaliação da não adesão ao regime terapêutico hemodialítico tiveram como base os indicadores estabelecidos pelo estudo *The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)*. São eles: restrição hídrica (ganho de interdialítico superior a 5,7% do peso seco), restrição dietética (nível sérico de potássio maior que 6 mEq/l e ou fósforo superior a 7,5mg/dl), regime medicamentoso (nível sérico de fósforo superior a 7,5 mg/dl) e terapia hemodialítica (não comparecimento e/ou diminuição tempo de tratamento superior a 10 minutos em uma ou mais sessões durante o período de análise).⁽¹²⁾

Para a avaliação da QVRS foi aplicado o questionário *Kidney Disease Quality of Life Short Form-KDQOL-SF*, validado no Brasil- durante as sessões de hemodiálise. Trata-se de um instrumento aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico e que aborda aspectos genéricos e específicos da saúde do paciente, DRC, efeitos da DRC na vida diária e satisfação com o tratamento. O instrumento é composto por 24 questões, totalizando 80 itens de múltipla escolha. Para a avaliação, é adotado um escore que varia de zero a 100, em que, na avaliação da QVRS do paciente, 100 é a melhor classificação, e zero a pior.⁽¹³⁾ Os critérios para avaliação de renda familiar foram baseados nos indicadores estabelecidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁽¹⁴⁾.

Foram empregadas técnicas de análise estatística descritiva, tais como frequência absoluta e relativa, média, mediana, desvio padrão, intervalo interquartil e valores máximo e mínimo. O perfil de distribuição das variáveis quantitativas foi obtido por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Por se tratar de variáveis com distribuição não paramétrica, os dados foram analisados a partir da aplicação dos testes de Mann Whitney e o de Kruskal Wallis. Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$. Optou-se por avaliar a associação das

variáveis com os componentes específicos da DRC e os componentes sumarizados físico (CSF) e mental (CSM) que compõem o questionário. Os dados foram analisados através do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 15.

Para realização do presente estudo, foram seguidas as recomendações para pesquisa com seres humanos segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, com o parecer de número 1.709.611. Após o aceite em participar da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

As principais características sociodemográficas, clínicas e de acesso aos serviços de saúde dos 258 indivíduos entrevistados estão apresentadas na tabela 1. Destaca-se na amostra que: 59,7% dos participantes eram do sexo feminino; 53,9% tinham cor da pele não branca; escolaridade média de 8,28 (dp= 3,86) anos. Dos participantes, 92,2% eram beneficiários da seguridade social, apenas 4,7% dos indivíduos estavam ativos no mercado de trabalho durante a coleta de dados.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, 57,0% não possuíam plano privado de saúde. Quando analisado o financiamento da terapia dialítica, o SUS mostrou-se como o responsável pelo pagamento de 82,6% dos tratamentos. A maioria dos pacientes, 51,2%, não realizou tratamento conservador em nefrologia. (Tabela 1).

Quanto às variáveis clínicas, a doença de base mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica, com 39,5% dos casos. O número médio de medicações utilizadas foi de 10,5 (dp= 3,2). Dos participantes, 65,1% apresentaram albumina inferior a 4 g/dl e 53,1%, hemoglobina inferior a 11 g/dl.

Na tabela 2, são apresentados os valores da média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartil e valores mínimo e máximo das dimensões do KDQOL-SF, com os CFS e CMS. Na parte específica do ques-

Tabela 1. Características sociodemográficas, acesso ao serviço de saúde e clínicas dos pacientes

Sociodemográficas	
Sexo	
Masculino n (%)	104(40,3)
Feminino n (%)	154(59,7)
Idade – μ (± DP)	56,8(± 14,5)
Escolaridade – μ (± DP)	8, 28(± 3,86)
Estado Civil	
Solteiro n (%)	122(47,3)
União estável n (%)	136(52,7)
Cor da pele	
Branco n (%)	119(46,1)
Não branco n (%)	139(53,9)
Ocupação	
Beneficiários INSS n (%)	238(92,2)
Trabalhador ativo n (%)	12(4,7)
Outros n (%)	8(3,1)
Acesso ao Serviço de Saúde	
Plano de Saúde	
Sim n (%)	111(43)
Não n (%)	147(57)
Pagamento das sessões	
SUS n (%)	213(82,6)
Plano n (%)	45(17,4)
Terapia renal Substitutiva prévia	
Diálise peritoneal n (%)	18(7,0)
Transplante renal n (%)	17(6,6)
Nenhuma n (%)	223(86,4)
Clínicas	
Doença de base	
Hipertensão arterial n (%)	102(39,5)
Diabetes mellitus n (%)	46(17,8)
Nefropatias n (%)	51(19,8)
Lúpus n (%)	8(3,1)
Indeterminada n (%)	35(13,6)
Outros n (%)	16(6,2)
Acesso vascular	
Fístula arteriovenosa n (%)	193(74,8)
Cateter de longa permanência n (%)	46(17,8)
Cateter de curta permanência n (%)	19(7,4)
Ktv	
< 1,2	104(40,3)
≥ 1,2	154(59,7)
Albumina	
< 4 g/dl n (%)	168(65,1)
≥ 4 g/dl n (%)	90(34,9)
Hemoglobina	
< 11 g/dl n (%)	137(53,1)
≥ 11 g/dl n (%)	121(46,9)
Número de medicamentos μ (± DP)	10,5(3,2)

Média - μ; Desvio Padrão - DP

tionário, o menor escore da mediana foi obtido na dimensão: trabalho 0,00 (IQ= 50,00). A pior pontuação em relação aos componentes genéricos foi obtido no papel físico 25 (IQ= 75). O CFS apresentou

Tabela 2. Dimensões do Kidney Disease and Quality of Life – Short Form de pacientes em hemodiálise

Dimensões	Média	DP	Mediana	IQ	Mínimo	Máximo
Específicas						
Sintomas	77,62	17,25	83,33	22,92	25,00	100,00
Efeitos DRC	63,29	25,04	62,50	37,50	0,00	100,00
Carga da DRC	53,90	32,15	50,00	50,00	0,00	100,00
Trabalho	20,35	28,97	0,00	50,00	0,00	100,00
Função Cognitiva	94,16	12,76	100,00	6,67	6,67	100,00
Interação Social	87,52	17,09	93,33	20,00	6,67	100,00
Função Sexual	83,25	31,69	100,00	21,87	0,00	100,00
Sono	79,70	22,76	88,75	29,37	25,00	100,00
Suporte Social	89,53	22,93	100,00	0,00	33,33	100,00
Encorajamento	91,28	23,58	100,00	0,00	0,00	100,00
Satisfação	96,45	12,62	100,00	0,00	0,00	100,00
Genéricas (SF – 36)						
Saúde Global	71,24	22,04	80,00	30,00	0,00	100,00
Função Física	57,21	34,28	60,00	65,00	0,00	100,00
Papel Físico	38,28	36,98	25,00	75,00	0,00	100,00
Dor	61,02	39,74	70,00	80,00	0,00	100,00
Saúde Geral	58,84	24,81	60,00	40,00	0,00	100,00
Bem estar emocional	80,48	20,59	88,00	25,00	4,00	100,00
Papel emocional	80,88	33,21	100,00	33,33	0,00	100,00
Função Social	78,83	31,51	100,00	50,00	0,00	100,00
Energia	68,22	25,09	70,00	40,00	0,00	100,00
Componente Físico	36,01	11,89	35,75	20,10	14,6	60,00
Componente Mental	55,47	9,60	57,64	12,28	19,84	72,01

mediana de 35,75 (IQ= 20,10), enquanto o CMS foi de 57,64 (IQ= 12,28) (Tabela 2).

A tabela 3 apresenta a mediana, intervalo interquartil e a associação entre as variáveis relacionadas à QVRS e as dimensões específicas do KDQOL-SF, CFS e CMS. As dimensões função cognitiva, suporte social, encorajamento, função sexual e satisfação com o tratamento não tiveram associação estatisticamente significativa, dados não apresentados.

Destaca-se como aspecto relevante para a QVRS dos pacientes em hemodiálise a adesão ao esquema terapêutico: indivíduos classificados como aderentes à restrição hídrica apresentaram menos sintomas (p< 0,001), menor efeito da DRC (p= 0,032) e maior escore no CMS (p= 0,041). Já pacientes aderentes à terapia apresentaram menor carga da DRC (p= 0,025), maior interação social (p= 0,003) e melhor padrão de sono (p= 0,010). Aspectos relacionados à adesão aos regimes dietético e medicamentoso não apresentaram significância estatística (Tabela 3)

Tabela 3. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise

Variáveis	Sintomas	Efeitos DRC	Carga DRC	Trabalho	Interação Social	Sono	CFS	CMS
Sexo								
Fem μ (IQ)	79,17 (28,64)	62,50 (34,37)	50,00 (48,43)	0,00 (50,00)	93,00 (31,66)	92,50 (30,00)	31,60 (21,69)	57,52 (13,41)
Masc μ (IQ)	84,37 (20,84)	65,63 (41,40)	50,00 (56,25)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	87,50 (32,50)	37,56 (18,91)	57,64 (10,98)
	p 0,003	p 0,631	p 0,808	p 0,344	p 0,016	p 0,149	p 0,083	p 0,691
Idade								
<60 μ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (40,62)	50,00 (56,25)	0,00 (0,00)	93,33 (26,67)	87,50 (34,37)	41,28 (18,53)	56,97 (11,47)
\geq 60 μ (IQ)	83,33 (23,43)	68,75 (37,50)	50,00 (50,00)	50,00 (50,00)	100,00 (13,33)	92,50 (30,00)	30,42 (18,42)	58,73 (13,88)
	p 0,413	p 0,145	p 0,285	p <0,001	p 0,006	p 0,232	p <0,001	p 0,122
Cor da pele								
Branco μ (IQ)	81,25 (25,00)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	85,00 (30,00)	33,87 (20,32)	57,28 (11,96)
Não branco μ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (37,50)	56,25 (43,75)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	92,50 (30,00)	37,51 (21,12)	57,87 (12,32)
	p 0,437	p 0,839	p 0,099	p 0,014(*)	p 0,423	p 0,027	p 0,048	p 0,783
Escolaridade								
0-4 μ (IQ)	81,25 (29,68)	62,50 (35,94)	50,00 (68,75)	0,00 (50,00)	100,00 (15,00)	85,00 (35,00)	32,99 (21,64)	58,62 (13,85)
5-8 μ (IQ)	83,33 (18,75)	68,75 (34,37)	50,00 (48,43)	0,00 (50,00)	96,66 (20,00)	90,00 (29,35)	36,67 (17,94)	56,43 (11,76)
\geq 9 μ (IQ)	83,33 (26,56)	65,63 (39,84)	50,00 (54,68)	0,00 (50,00)	93,33 (25,00)	90,00 (30,00)	36,10 (22,80)	58,66 (11,05)
	p 0,350	p 0,773	p 0,772	p 0,020(*)	p 0,835	p 0,976	p 0,232	p 0,415
ABEP								
A-B1 μ (IQ)	81,25 (25,00)	59,37 (41,40)	43,75 (57,81)	50,00 (50,00)	100,00 (14,99)	90,00 (25,62)	34,78 (25,92)	59,54 (11,65)
B2 - C1 μ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (42,19)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	85,50 (36,25)	34,53 (19,74)	56,48 (11,60)
C2 - D/E μ (IQ)	83,33 (25,00)	65,63 (34,37)	62,50 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (26,67)	90,00 (30,00)	37,47 (20,01)	57,64 (13,38)
	p 0,935	p 0,788	p 0,129	p 0,001	p 0,632	p 0,713	p 0,863	p 0,274
Acompanhante								
Sim μ (IQ)	79,17 (29,16)	56,25 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (13,33)	90,00 (33,75)	28,96 (20,31)	57,17 (13,03)
Não μ (IQ)	83,33 (21,88)	68,75 (35,94)	56,25 (46,87)	0,00 (50,00)	93,33 (26,67)	87,50 (30,00)	40,33 (17,66)	57,65 (10,64)
	p 0,026	p 0,033	p 0,016	p 0,702	p 0,064	p 0,645	p <0,001	p 0,580
Plano de saúde								
Sim μ (IQ)	83,33 (22,92)	68,75 (37,50)	50,00 (50,00)	50,00 (50,00)	100,00 (20,00)	87,50 (30,00)	36,93 (21,48)	58,83 (10,92)
Não μ (IQ)	81,25 (29,91)	62,50 (34,37)	50,00 (56,25)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	92,50 (30,00)	34,79 (19,69)	57,00 (12,59)
	p 0,268	p 0,350	p 0,607	p <0,001	p 0,604	p 0,028	p 0,171	p 0,300
Deslocamento								
< 30 minutos μ (IQ)	83,33 (22,92)	68,75 (37,50)	50,00 (56,25)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	87,50 (27,50)	36,30 (20,20)	57,89 (12,12)
\geq 30 minutos μ (IQ)	79,17 (29,16)	59,38 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	90,00 (37,50)	92,50 (30,00)	34,79 (18,83)	56,96 (12,44)
	p 0,194	p 0,423	p 0,359	p 0,259	p 0,343	p 0,728	p 0,248	p 0,154
Tempo em Hd								
< 5 anos μ (IQ)	83,33 (25,00)	62,50 (41,40)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (21,66)	87,50 (30,00)	33,85 (19,14)	57,00 (12,60)
\geq 5 anos μ (IQ)	83,33 (22,40)	75,00 (34,37)	59,37 (54,68)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	90,00 (30,00)	40,08 (21,76)	58,77 (9,77)
	p 0,586	p 0,003	p 0,018	p 0,485	p 0,234	p 0,494	p 0,288	p 0,471
KTV								
< 1,2 μ (IQ)	83,33 (22,40)	62,50 (45,31)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	83,75 (34,37)	35,11 (23,39)	57,83 (8,70)
\geq 1,2 μ (IQ)	83,33 (25,00)	67,19 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	86,67 (20,00)	91,25 (30,00)	36,04 (18,94)	57,07 (13,00)
	p 0,509	p 0,551	p 0,189	p 0,156	p 0,660	p 0,079	p 0,741	p 0,366
Albumina								
< 4 μ (IQ)	81,25 (25,00)	62,50 (42,97)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	90,00 (34,37)	31,38 (20,18)	57,17 (13,00)
\geq 4 μ (IQ)	85,42 (20,84)	68,75 (34,38)	56,25 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	87,50 (28,12)	41,67 (17,66)	58,02 (9,65)
	p 0,024	p 0,255	p 0,101	p 0,566	p 0,412	p 0,917	p <0,001	p 0,214
Hemoglobina								
<11 μ (IQ)	81,25 (26,04)	59,38 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	90,00 (30,00)	33,01 (19,32)	57,72 (13,93)
\geq 11 μ (IQ)	83,33 (20,84)	68,75 (35,94)	50,00 (53,12)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	87,50 (31,25)	40,33 (21,00)	57,59 (11,25)
	p 0,038	p 0,165	p 0,185	p 0,945	p 0,797	p 0,609	p 0,009	p 0,445
Medicamentos								
< 10 μ (IQ)	83,33 (22,40)	65,63 (37,50)	50,00 (43,75)	0,00 (50,00)	96,66 (13,33)	88,75 (32,50)	38,70 (19,28)	58,84 (11,08)
\geq 10 μ (IQ)	81,25 (25,00)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (26,67)	88,75 (30,62)	32,91 (21,40)	57,08 (12,94)
	p 0,348	p 0,872	p 0,276	p 0,106	p 0,510	p 0,620	p 0,015	p 0,446
Restrição hídrica								
Não aderente μ (IQ)	75,00 (29,17)	62,50 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (0,00)	93,33 (26,67)	87,50 (31,87)	35,69 (21,67)	56,42 (13,70)
Aderente μ (IQ)	85,42 (18,75)	68,75 (37,50)	50,00 (43,75)	0,00 (50,00)	100,00 (15,00)	90,00 (30,62)	36,00 (19,20)	58,82 (10,14)
	p <0,001	p 0,032	p 0,521	p <0,001(*)	p 0,306	p 0,615	p 0,410	p 0,025
Regime dietético								
Não aderente μ (IQ)	77,08 (31,77)	64,06 (41,40)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (21,66)	87,50 (35,62)	37,21 (22,81)	58,38 (11,44)
Aderente μ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	90,00 (30,00)	35,12 (19,96)	57,31 (12,32)
	p 0,114	p 0,601	p 0,385	p 0,813	p 0,783	p 0,195	p 0,897	p 0,586
Regime medicamentoso								
Não aderente μ (IQ)	70,83 (33,33)	59,38 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	86,67 (26,67)	90,00 (50,00)	39,70 (20,89)	56,98 (12,69)
Aderente μ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	87,50 (27,50)	35,66 (19,74)	57,65 (12,43)
	p 0,085	p 0,381	p 0,813	p 0,766	p 0,389	p 0,672	p 0,358	p 0,693
Terapia hemodialítica								
Não aderente μ (IQ)	76,04 (29,16)	64,06 (40,62)	46,87 (45,31)	0,00 (50,00)	83,33 (28,33)	78,75 (32,50)	34,41 (19,56)	57,61 (12,53)
Aderente μ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (34,38)	50,00 (54,68)	0,00 (50,00)	100,00 (13,33)	90,00 (32,50)	35,80 (20,30)	57,76 (11,63)
	p 0,161	p 0,134	p 0,025	p 0,711	p 0,003	p 0,010	p 0,781	p 0,230

μ - mediana; IQ: intervalo interquartil; CFS - componente físico sumarizado; CMS - componente mental sumarizado

(*) Devido a distribuição atípica das variáveis cor de pele e escolaridade, no domínio trabalho, realizou-se o teste qui-quadrado para referendar os resultados dos testes de Mann Whitney e Kruskal Wallis, mantendo-se significativo ($p=0,044$ e $p=0,019$, respectivamente). Tal fato é observado pela concentração de 64% dos casos no escore de pontuação mais baixo para ambas variáveis

Discussão

O perfil dos pacientes assemelha-se ao encontrado em estudos nacionais e internacionais que têm como população indivíduos adultos em tratamento hemodialítico.^(15,16,17) Os dados coletados reforçam o relevante papel do SUS como principal financiador em hemodiálise, mesmo nos casos em que os indivíduos possuam planos privados de saúde. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia 84% dos tratamentos em hemodiálise são custeados pelo SUS.⁽³⁾ Tal disparidade onera o Sistema em decorrência do alto custo do tratamento.

Pacientes do sexo feminino obtiveram maior sintomatologia relacionada à DRC e menor interação social. Destaca-se, ainda, que a QVRS têm sido menor entre as mulheres em hemodiálise.^(18,19) Esse fato pode ser atribuído a uma maior exposição ao estresse físico e mental ocasionado pelo papel da mulher na sociedade,⁽¹⁸⁾ além da história de vida e a menor suporte social.⁽¹⁹⁾ A variável idade foi associada a trabalho, CFS e interação social. Indivíduos idosos possuem melhor adaptação às mudanças impostas pela terapêutica na hemodiálise, com isso conseguem preservar os vínculos sociais.⁽²⁰⁾ O mesmo não acontece quando se analisa o componente físico, pois, além do impacto estabelecido pelo tratamento, ocorre um declínio fisiológico relacionado ao envelhecimento que pode potencializar as limitações funcionais.⁽¹⁵⁾

As modificações estabelecidas pela terapia hemodialítica repercutem na vida social e econômica dos pacientes devido às características das prescrições, que majoritariamente incluem terapia três vezes por semana, com duração de quatro horas cada sessão.⁽²¹⁾ Os escores obtidos na dimensão trabalho contemplaram as menores pontuações da análise no presente estudo. A manutenção do emprego foi associada a melhor avaliação na QVRS e menor percepção do comprometimento das atividades diárias em decorrência da terapia em pacientes chineses.⁽²²⁾

Comparecer às sessões de hemodiálise acompanhado foi associado a uma maior prevalência de sintomas, piora nos efeitos e carga da DRC e menor pontuação no escore do CFS. A necessidade de companhia demonstra limitações impostas pela doença que resultam na diminuição da autonomia.⁽²²⁾

O maior tempo em hemodiálise possibilita melhora da autogestão da condição de saúde. Indivíduos em terapia há menos de cinco anos no Japão apresentaram piores resultados relacionados aos domínios físico, emocional, social e à percepção da doença.⁽²⁰⁾

A avaliação do estado nutricional em hemodiálise é fundamental para assistência de qualidade. A hipoalbuminemia foi associada a maiores sintomatologia e carga da DRC. O nível sérico de albumina constitui importante marcador para o estado nutricional.⁽²³⁾ Pacientes desnutridos apresentam piores dimensões globais de saúde, com diminuição nos aspectos físicos, mentais e maior prevalência de sintomas.^(23, 24)

A anemia ocasiona piora na QVRS dos pacientes em hemodiálise. O baixo nível sérico de hemoglobina tem sido associado independentemente à diminuição do CMS, à baixa função social e emocional, à piora da função física e à limitação no trabalho e nas atividades diárias.⁽²³⁾ A correção da anemia através do uso de eritropoetina tem proporcionado melhora da QVRS desses pacientes.⁽²⁵⁾

O número de medicações prescritas é preditor independente de pontuações mais baixas sobre dimensões físicas da QVRS de pacientes em hemodiálise.⁽²⁶⁾ Esses indivíduos possuem em média quatro comorbidades associadas à DRC,⁽²⁾ o que resulta em maior carga medicamentosa.⁽²⁷⁾

A má adesão a terapêutica pode ocasionar piora no quadro de saúde e comprometer a eficácia do tratamento. Indivíduos não aderentes à restrição hídrica apresentaram maior sintomatologia, aumento no efeito da DRC e diminuição do CMS. A sobrecarga hídrica está associada ao aumento da mortalidade, à elevação da pressão arterial, a eventos cardíacos e a piores resultados na hemodiálise.⁽²⁸⁾ Já pacientes não aderentes à terapia hemodialítica demonstraram aumento na carga da DRC e piora na interação social e no padrão de sono. Sintomas depressivos e dor têm, independentemente, se mostrado associados à perda e ao encurtamento das sessões de hemodiálise, o que, por sua vez, se relaciona à necessidade de mais atendimentos de emergência e de hospitalizações, bem como ao aumento da mortalidade.⁽²⁹⁾

A complexidade da terapêutica hemodialítica e a multiplicidade de fatores associados à QVRS demandam assistência multidisciplinar especializada,

nesse cenário o profissional enfermeiro é essencial para assistência qualificada, segura e individualizada. A Sistematização da Assistência de Enfermagem proporcionará acompanhamento, avaliação, planejamento e intervenções adequadas, a fim de possibilitar maior adaptação e compreensão do tratamento, melhores resultados, minimização de riscos, maior autonomia que resultam na melhoria da QVRS.⁽³⁰⁾

Conclusão

Os resultados do presente estudo destacam fatores associados à QVRS de pacientes em hemodiálise. Indivíduos do sexo feminino, com menos de 60 anos, brancos, com baixo nível socioeconômico, que necessitam de acompanhante, em terapia hemodialítica por um período menor que cinco (5) anos e que possuem prescrição medicamentosa com dez (10) ou mais fármacos apresentaram os piores escores na avaliação da QVRS. Destaca-se ainda a presença de fatores modificáveis - tais como baixos níveis séricos de albumina e hemoglobina e não adesão à restrição hídrica e à terapia - associados também à piora na QVRS. Portanto, torna-se primordial que as equipes dos centros dialíticos tenham especial atenção a tais características para que o plano terapêutico contemple as necessidades individuais dos pacientes. A monitoração desses parâmetros, bem como a busca do alcance dos padrões recomendáveis e a adesão ao tratamento podem trazer melhorias em diversos aspectos da vida dos pacientes. A avaliação da QVRS dos pacientes em hemodiálise e sua associação com a adesão terapêutica apresenta-se como importante indicador de saúde e os achados deste estudo poderão subsidiar a prática clínica, aprimorar o planejamento assistencial e motivar o desenvolvimento de novas pesquisas, visto que há escassez de estudos que contemplem esta relação. Os limites dos resultados do estudo estão relacionados ao desenho transversal que não permite estabelecer relação de causalidade.

Colaborações

Pereira CV e Leite ICG contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, re-

dação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Rusa SG, Peripato GI, Pavarini SC, Inouye K, Zazzetta MS, Orlandi FS. Quality of life/spirituality, religion and personal beliefs of adult and elderly chronic kidney patients under hemodialysis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(6):911-7.
2. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis*. 2002;39(2 Suppl 1):S1-266.
3. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Censo de diálise 2015. São Paulo: SBN; 2015.
4. Oh HS, Park JS, Seo WS; OH HS. Psychosocial influencers and mediators of treatment adherence in haemodialysis patients. *J Adv Nurs*. 2013;69(9):2041-53.
5. Zamanian H, Poorolajal J, Taheri- Kharameh Z. Relationship between stress coping strategies, psychological distress, and quality of life among hemodialysis patients. *Perspect Psychiatr Care*. 2018;54(3):410-5.
6. Minayo MC, Hartz ZM, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
7. Santos BP, Oliveira VA, Soares MC, Schwartz E. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. *ABCS Health Sci*. 2017;42(1):8-14.
8. Naalweh KS, Barakat MA, Sweileh MW, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Zyoud SH. Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross - sectional study from Palestine. *BMC Nephrol*. 2017;18(1):178.
9. Carginin MC, Santos KS, Getelina CO, Rotoli A, Paula SF, Ventura J. Patients undergoing hemodialysis: perception of changes and constraints regarding the kidney disease and its treatment. *J Res Fundam Care Online (Bergh)*. 2018;10(4):926-31.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde [Internet]. [citado 2019 Mar 14]. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br/>
11. Apolinario D, Braga RC, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, et al. Short assessment of health literacy for portuguese-speaking adults. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):702-11.
12. Saran R, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, Goodkin DA, Keen ML, Van Dijk PC, et al. Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney Int*. 2003;64(1):254-62.
13. Duarte PS, Miyazaki MC, 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* (1992). 2003;49(4):375-81.
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP;2016. [citado 2019 Mar 19]. Disponível em: <http://www.abep.org>
15. Fassbinder TR, Winkelmann ER, Schneider J, Wendland J, Oliveira OB. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise - Um estudo transversal. *J Bras Nefrol*. 2015;37(1):47-54.

16. Broers NJ, Martens RJ, Canaud B, Cornelis T, Dejagere T, Diederens NM, et al. Health-related quality of life in end-stage renal disease patients: the effects of starting dialysis in the first year after the transition period. *Int Urol Nephrol*. 2018;50(6):1131–42.
17. Anding K, Bär T, Trojniak-Hennig J, Kuchinke S, Krause R, Rost JM, et al. A structured exercise programme during haemodialysis for patients with chronic kidney disease: clinical benefit and long-term adherence. *BMJ Open*. 2015;5(8):e008709.
18. Caveião C, Visentin A, Hey AP, Sales WB, Ferreira ML, Passos RL. Qualidade de vida em mulheres com doença renal crônica submetida à hemodiálise. *Cad Esc Saúde*. 2017; 11: 20-33.
19. Nogueira IL, Tinoco JDS, Paiva MGMN, Trindade AOP, Lira ALBC, Enders BC. Aspectos sociodemográficos e clínicos relacionados à qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1080.
20. Yamana E. The relationship of clinical laboratory parameters and patient attributes to the quality of life of patients on hemodialysis. *Jpn J Nurs Sci*. 2009;6(1):9–20.
21. Melo OS, Ribeiro LR, Costa AL, Urel DR. Repercussões da terapia comunitária integrativa nas pessoas doentes renais durante sessão de hemodiálise. *J Res Fundam Care Online*. 2015;7(2):2200-14.
22. Wan EY, Chen JY, Choi EP, Wong CK, Chan AK, Chan KH, et al. Patterns of health-related quality of life and associated factors in Chinese patients undergoing haemodialysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13(1):108.
23. Antunes SA, Canziani ME, Campos AF, Vilela RQ. Hypoalbuminemia seems to be associated with a higher rate of hospitalization in hemodialysis patients. *J Bras Nefrol*. 2016;38(1):70–5.
24. Jiang J, Ni L, Ren W, Zhou X, Su K, Wang L, et al. Nutritional status in short daily hemodialysis versus conventional hemodialysis patients in China. *Int Urol Nephrol*. 2018;50(4):755–62.
25. Mitema D, Jaar BG. How Can We Improve the Quality of Life of Dialysis Patients? *Semin Dial*. 2016 Mar;29(2):93–102.
26. Chiu YW, Teitelbaum I, Misra M, de Leon EM, Adzize T, Mehrotra R. Pill burden, adherence, hyperphosphatemia, and quality of life in maintenance dialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009;4(6):1089–96.
27. Burnier M, Pruijm M, Wuerzner G, Santschi V. Drug adherence in chronic kidney diseases and dialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2015;30(1):39–44.
28. Wileman V, Chilcot J, Armitage CJ, Farrington K, Wellsted DM, Norton S, et al. Evidence of improved fluid management in patients receiving haemodialysis following a self-affirmation theory-based intervention: A randomised controlled trial. *Psychol Health*. 2016;31(1):100–14.
29. Weisbord SD, Mor MK, Sevic MA, Shields AM, Rollman BL, Palevsky PM, et al. Associations of depressive symptoms and pain with dialysis adherence, health resource utilization, and mortality in patients receiving chronic hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2014;9(9):1594–602.
30. Everling J, Sonogo GJ, Rieth BER, Kirchner RM, Barbosa DA, et al. Eventos associados à hemodiálise e percepções de desconforto com a doença renal. *Av Enferm*. 2016; 34(1):48-57.