

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005600015>

FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE

Gabriela Dutra Gesualdo¹, Ana Laura Costa Menezes², Suzana Gabriela Rusa³, Anamaria Alves Napoleão⁴, Rosely Moralez de Figueiredo⁵, Vivian Ramos Melhado⁶, Fabiana de Souza Orlandi⁷

- ¹ Doutoranda em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: gabrielagesualdo@usp.br
- ² Doutoranda em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: analauracmenezes@gmail.com
- ³ Bacharel em Gerontologia. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: suzana.rusa@gmail.com
- ⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: anamaria@ufscar.br
- ⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: rosely@ufscar.br
- ⁶ Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora do Curso de Graduação em Gerontologia da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: vivianmelhado@ufscar.br
- ⁷ Doutora em Ciências. Professora do Curso de Graduação em Gerontologia da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: fabi_ferreira@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: identificar fatores associados à qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais de pacientes que apresentam doença renal crônica e estão em hemodiálise.

Método: trata-se de estudo correlacional, de corte transversal. Realizou-se entrevista individual, com aplicação dos instrumentos WHOQOL-bref, WHOQOL-SRPB e instrumento de caracterização. A amostra foi composta por 110 participantes com doença renal crônica em hemodiálise. Foi realizada análise descritiva e de regressão logística univariada e múltipla, sendo esta última para identificação dos fatores associados.

Resultados: o valor inferior da albumina foi associado, especificamente, aos domínios “físico” e “relações sociais” do WHOQOL-bref. Participantes sem ocupação possuíam maior comprometimento no domínio “conexão a um ser ou força espiritual” e “admiração”. No domínio “força espiritual”, os participantes sem ocupação apresentaram maiores chances de baixa qualidade de vida.

Conclusão: os fatores associados aos domínios da qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise foram: ocupação, situação conjugal, sexo, escolaridade, religião, hematócrito, albumina e estado geral de saúde.

DESCRIPTORIOS: Qualidade de vida. Insuficiência renal crônica. Diálise renal. Pacientes. Espiritualidade.

FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE FOR HEMODIALYSIS PATIENTS

ABSTRACT

Objective: to identify factors associated with the quality of life/spirituality, religion and personal beliefs of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis.

Method: correlational cross-sectional study. The following instruments were applied through individual interviews: the WHOQOL-Bref, the WHOQOL-SRPB, along with a questionnaire to characterize the participants. The sample consisted of 110 participants with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. Descriptive analysis was performed along with univariate and multiple logistic regression to identify associated factors.

Results: low level of albumin was mainly associated with the “physical” and “social relationships” domains of the WHOQOL-BREF. Participants without an occupation presented the greatest compromise in the domains “Connectedness to a spiritual being or force” and “Awe”. In the domain “spiritual strength”, participants with an occupation presented higher chances of low quality of life.

Conclusion: the factors associated with the domains of quality of life of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis were: occupation, marital status, sex, education, religion, levels of hematocrit and albumin, and overall health.

DESCRIPTORS: Quality of life. Renal insufficiency, Chronic. Renal dialysis. Patients. Spirituality.

FACTORES ASOCIADOS A CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores asociados a la calidad de vida/espiritualidad, la religión y las creencias personales de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

Método: se trata de un estudio correlacional de corte transversal. Hemos llevado a cabo entrevistas individuales con la aplicación de los instrumentos: WHOQOL-BREF, WHOQOL-SRPB y instrumentos de caracterización. La muestra consistió en 110 participantes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Se realizó un análisis descriptivo y logística variada y múltiple, este último para identificar los factores asociados.

Resultados: el valor más bajo de albúmina se asocia, sobre todo en los dominios "física" y "relaciones sociales" WHOQOL-BREF. Los participantes sin ocupación tenían un mayor déficit en lo dominio de "conexión a um ser o fuerza espiritual." Los encuestados que tenían un mayor déficit en lo dominio "admiración" se declararon en paro. En "fuerza espiritual", los participantes desempleados tenían más probabilidades de reducir la calidad de vida.

Conclusión: los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis fueron: ocupación, estado civil, sexo, educación, religión, hematócrito, albúmina y la salud general.

DESCRIPTORES: Calidad de vida. Insuficiencia renal crónica. Diálisis renal. Pacientes. Espiritualidad.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) pode ser definida pela lesão do parênquima renal (com função renal normal) e/ou pela diminuição funcional renal, presentes por período igual ou superior a três meses.¹ Cada vez mais, a DRC tem recebido atenção da comunidade científica internacional, pois sua elevada prevalência vem sendo demonstrada em estudos recentes.²

No Brasil, estima-se um total de 100.397 indivíduos em tratamento dialítico, dos quais 90,8% realizavam o tratamento por hemodiálise. Sua taxa de incidência, em 2013, foi de 170 pacientes por milhão da população (pmp), sendo grande parte concentrada na Região Sudeste.³

A dificuldade no manejo da DRC deve-se ao fato desta ser assintomática no início, o que prejudica o diagnóstico precoce, e à complexidade das alterações em virtude da diminuição progressiva da taxa de filtração glomerular, o que resulta em comorbidades, complicações, falência funcional dos rins e aumento da mortalidade precoce.⁴

Quando diagnosticada a DRC, deve ser instituído tratamento conservador ou dialítico o mais precoce possível; caso contrário, a ocorrência de complicações pode levar à morte. O tratamento mais utilizado é a hemodiálise, que deve ser realizada pelos portadores de DRC por toda a vida ou até se submeterem a um transplante renal bem-sucedido.⁵

O tratamento hemodialítico pode influenciar as dimensões biológica, psicológica, econômica e social do paciente, podendo interferir na sua Qualidade de Vida (QV). Inclusive, pacientes renais crônicos tendem a ter menor QV, característica já associada à crescente população de indivíduos com DRC.⁶⁻⁷

Embora promovam a manutenção e o prolongamento da vida, as terapias renais substitutivas, às quais os pacientes renais crônicos são submetidos, não oferecem uma cura para a doença e, em longo prazo, acabam por prejudicar a vida cotidiana e a QV do paciente.⁸

Os pacientes em tratamento hemodialítico apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais, tais como perda da saúde (em nível fisiológico e bioquímico), anemia, perda de competência física, cognitiva e sexual, perda do emprego e outras atividades/funções, dependência de tratamento médico e da terapia renal, além de alterações físicas e na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas, associadas ao tratamento.⁹

Assim, pessoas que convivem com a DRC devem se adaptar não só à doença e ao seu tratamento, mas enfrentar problemas fisiológicos, psicossociais e espirituais decorrentes deste processo,¹⁰ situações que interferem diretamente em sua QV.

A religião e a espiritualidade podem ser compreendidas como maneiras de atribuir um novo sentido para a vida, de ter esperança e aceitar os acontecimentos prejudiciais, como a doença crônica.¹¹ Uma vez que os pacientes com DRC têm sua QV profundamente alterada, a religião, a espiritualidade e as crenças pessoais revelam-se ferramentas importantes no processo de enfrentamento da doença.

A religião e a espiritualidade são importantes para o paciente dialítico, uma vez que se mostram influentes em aspectos importantes na QV e no enfrentamento da doença. Atualmente, são demonstradas associações entre maior religiosidade/espiritualidade e doenças mentais (maior bem-estar geral, menores prevalências de depressão, abuso

de drogas e suicídio), melhor QV, maior *coping*, menor mortalidade, menor tempo de internação e até melhor função imunológica.¹²

A mensuração da QV tem aumentado nas últimas décadas, tornando-se objeto de pesquisa de diversas áreas do conhecimento. Como parte dos instrumentos de avaliação de QV desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), há o WHOQOL-100 e sua versão abreviada (WHOQOL-bref).¹³⁻¹⁷

Quando verificado que os aspectos espirituais, a religião e as crenças pessoais apresentavam grande relevância na avaliação da QV em todo o mundo, a OMS desenvolveu o módulo com a inclusão da Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais (módulo SRPB em inglês) para o WHOQOL, numa perspectiva transcultural¹⁸.

Diante do exposto, este estudo pretende identificar os fatores associados com QV, espiritualidade, religião e crenças pessoais de pacientes que apresentam DRC e estão em tratamento hemodialítico. Salienta-se ser cada vez mais necessária a realização de estudos científicos aprofundados na questão da QV destes pacientes visando tanto à melhoria futura de intervenções terapêuticas quanto à promoção efetiva da QV desta população.⁸⁻⁹

MÉTODO

Trata-se de estudo correlacional, de corte transversal, realizado em um Centro de Diálise do interior do Estado de São Paulo. O referido serviço de nefrologia atende atualmente 165 pacientes conveniados pelo Sistema Único de Saúde e por convênios particulares. A população foi constituída por pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico médico de DRC e em processo de hemodiálise ambulatorial no serviço supracitado.

Um estatístico realizou o cálculo do tamanho amostral, considerando-se a estimativa da média dos domínios de QV do WHOQOL-SRPB, fixando-se o nível de significância em 1% (alfa ou erro tipo I), e o erro amostral em 10%, 7% e 5% da média geral do escore SRPB global ($d=0.4$, $d=0.3$ e $d=0.2$). Após considerados a média e o desvio-padrão dos escores dos domínios de QV na amostra atual e um erro amostral de $d=0.2$, o número mínimo de participantes foi de 110 pacientes para representatividade da amostra para todos os domínios e o escore global. A amostra foi escolhida por conveniência, sendo realizada consulta individual aos usuários do referido local de estudo, nos diferentes turnos, até obtenção do tamanho amostral pré-estabelecido ($n=110$ participantes).

Os critérios de elegibilidade foram: apresentar idade igual ou superior a 18 anos; estar em tratamento hemodialítico há pelo menos três meses; apresentar capacidade de compreensão e comunicação verbal. Esta última foi avaliada pela capacidade demonstrada pelos participantes de compreender a linguagem verbal e de se comunicar da mesma forma, por meio de diálogos. Foram excluídos da amostra os pacientes que realizavam tratamento por diálise peritoneal, aqueles com graves sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou acentuado déficit de visão e/ou audição.

Respeitando-se os critérios de elegibilidade e exclusão, os pacientes do referido Centro de Diálise foram individualmente convidados a participar do estudo, explicando-se os objetivos da pesquisa, assim como seus riscos e benefícios. Após os consentimentos, solicitavam-se as respectivas assinaturas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por duas graduandas de Gerontologia, previamente treinadas pela pesquisadora responsável.

O contato individual com cada participante do estudo ocorreu em sala privativa do referido Centro de Diálise, onde foram aplicados os instrumentos de coleta de dados. O estudo atendeu às normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (Parecer nº 165/2012 - CAAE: 0317.0.135.000-11).

Vale informar que os instrumentos foram aplicados previamente à sessão de hemodiálise. Considerando-se a eventualidade de algum dos participantes apresentar problemas visuais e/ou baixo nível instrucional, optou-se pela aplicação dos instrumentos por meio de entrevista, no período de janeiro a abril de 2013.

Para a coleta de dados, foram utilizados: questionário de caracterização sociodemográfica Clínica, o Instrumento de Avaliação de QV (WHOQOL-bref) e o Instrumento de QV - Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB). O Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica foi composto por questões sobre identificação (nome, idade, sexo), dados sociodemográficos (escolaridade, religião, situação conjugal, ocupação) e dados clínicos (nível de hematócrito, albumina e tempo de hemodiálise). Vale informar que o resultado dos exames laboratoriais foram coletados dos prontuários dos pacientes, mediante suas respectivas anuências.

O WHOQOL-bref foi desenvolvido pelo WHOQOL Group em 1998, validado no Brasil em 2000.¹³ Trata-se de um instrumento genérico

composto por 26 questões, duas abordando a QV em geral, e as demais representando cada uma das facetas do WHOQOL-100, instrumento de origem. Possui quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.¹⁸

Os domínios deste instrumento abordam as seguintes facetas: domínio físico: dor e desconforto; energia e fadiga, sono e repouso; mobilidade, atividade da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; domínio psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião, crenças; domínio relações sociais: relações pessoais; suporte (apoio social); atividade sexual; domínio meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente de risco; transporte.¹⁸

O cálculo dos escores dos domínios para o WHOQOL-bref é feito pelo programa estatístico SPSS, por meio da multiplicação da média de todos os itens do domínio por quatro, e os resultados são analisados pela atribuição de escores a cada uma das questões. Estes resultados podem ser transformados numa escala de 0 a 100; quanto maior a pontuação, melhor a QV.¹⁸

O WHOQOL-SRPB é um instrumento de QV da OMS, em que o WHOQOL-100 adquiriu a dimensão SRPB - *Spiritual, Religion and Personal Beliefs*, composta por quatro questões, após a identificação pelo grupo WHOQOL da importância da religião, da espiritualidade e das crenças pessoais como aspectos que influenciam a QV dos indivíduos. Iniciou-se o teste-piloto multicêntrico com 15 facetas e 105 itens, resultando, ao final do estudo, em um instrumento com 32 itens distribuídos em oito facetas (Conexão a um ser ou força espiritual, Sentido da vida, Admiração, Totalidade e integração, Força espiritual, Paz interior, Esperança e otimismo e Fé).¹⁹

No Brasil, a versão do WHOQOL-SRPB em português foi validada em 2011; as respostas do instrumento estão organizadas em escala Likert de 1 a 5, sendo 1 a resposta de menor ordem de grandeza e 5, a de maior ordem.²⁰

O cálculo dos escores médios é realizado primeiramente pela soma das pontuações das quatro questões específicas de cada faceta. Dividindo-se este valor por quatro, obtém-se o escore da faceta em questão, que irá variar entre 1 a 5. Quanto maior o escore, melhor a QV do indivíduo avaliado.²⁰

Os dados foram digitados em planilha formatada do programa Excel e transportados para a análise no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS para *Windows*), versão 22,0. Para análise descritiva dos dados, foram calculadas as medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, valores máximo e mínimo). Realizou-se a análise de regressão logística univariada e multivariada (critério de Stepwise) para verificar os fatores relacionados com QV, espiritualidade, religião e crenças pessoais de adultos e idosos renais crônicos, por meio do WHOQOL-bref e WHOQOL-SRPB. O nível de significância utilizado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, p-valor $\leq 0,05$.

RESULTADOS

O estudo incluiu 110 participantes, sendo 74 homens e 36 mulheres. Quanto à situação conjugal, 70 possuíam companheiro fixo e 40 não. A maioria situava-se na faixa etária entre 50 e 59 anos (29,09%), com 1 a 8 anos de escolaridade (49,09%), e 79,08% não possuíam ocupação formal (Tabela 1).

Quanto ao nível de religiosidade autorrelatado pelos participantes, a maioria identificou-se como “muito” ou “extremamente” religioso (66,28%). Dos 110 participantes, apenas 74 responderam à pergunta sobre aumento na frequência da prática religiosa após diagnóstico da DRC e, entre estes, a maioria relatou maior prática (56,75%) (Tabela 1).

Tabela 1- Descrição das características sociodemográficas dos pacientes renais crônicos. São Carlos, SP, Brasil, 2013. (n=110)

Variável	Distribuição por categoria	n	%
Faixa etária (em anos)	31 a 39	16	14,54
	40 a 49	18	16,36
	50 a 59	32	29,09
	60 a 69	27	24,55
	70 a 79	12	10,91
	80 ou mais	5	4,55

Variável	Distribuição por categoria	n	%
Escolaridade	Zero	11	10,00
	1 a 8 anos	54	49,09
	9 anos ou mais	45	40,91
Ocupação	Sem ocupação formal	87	79,08
	Com ocupação formal	23	20,92
	Nada/Pouco	14	12,72
Nível de religiosidade autorrelatada	Moderada	23	20,91
	Muito/ Extremamente	73	66,28
Aumento da prática religiosa após a doença renal crônica (n=74)	Sim	42	56,75
	Não	32	43,24

Com relação às variáveis clínicas dos entrevistados, observa-se, na tabela 2, que o tempo médio de hemodiálise foi de 46,35 ($\pm 47,69$) meses, chegando ao máximo de 240 meses. No que se refere aos exames laboratoriais, os valores médios do hematócrito e albumina foram 32,59 ($\pm 5,19$) % e 3,78g/dl ($\pm 0,34$),

respectivamente. Observa-se que o valor médio do hematócrito está abaixo dos valores de referência normais tanto para homens quanto para mulheres. Já o valor médio da albumina está dentro dos padrões considerados normais de concentração sérica dessa proteína em seres humanos.

Tabela 2 - Descrição das variáveis clínicas, tempo de hemodiálise, nível de hematócrito e albumina dos participantes. São Carlos, SP, Brasil, 2013. (n=110)

Variável	n	Média (dp)*	Mediana	Variação (mínima - máxima)
Tempo de hemodiálise (meses)	110	46,35 ($\pm 47,69$)	36	0,06 - 240
Hematócrito (%)	109†	32,59 ($\pm 5,19$)	33,30	15,00 - 47,40
Albumina (g/dl)	109†	3,78 ($\pm 0,34$)	3,90	2,10 - 4,30

*desvio-padrão; †pacientes com descrição dos exames laboratoriais no prontuário.

Em relação à análise dos fatores associados à QV de pacientes com DRC em hemodiálise, no instrumento WHOQOL-bref observa-se que, nos domínios “físico” e “relações sociais”, os participantes que apre-

sentaram maior risco de baixa QV foram aqueles que obtiveram valor de albumina inferior. Destaca-se que a cada unidade de albumina, o risco de prejuízo na QV diminuiu 74,2% e 78,9%, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise de regressão logística das variáveis associadas aos domínios do WHOQOL-bref. São Carlos, SP, Brasil, 2013. (n=110)

Domínios	Variável selecionada	Categorias	p-valor	O.R.*	IC95% O.R.†
Físico	Albumina	Variável contínua	0,044	0,258	0,069 - 0,967
Psicológico	--	--	--	--	--
Relações sociais	Albumina	Variável contínua	0,024	0,211	0,055-0,814
Meio ambiente	--	--	--	--	--

*Odds Ratio=razão de risco para a qualidade de vida; †intervalo de 95% de confiança.

Com relação à análise da regressão logística das variáveis associadas aos domínios do instrumento WHOQOL-SRPB, observa-se, na tabela 4, que os respondentes com maior risco de baixa

QV, especificamente no domínio “conexão a um ser ou força espiritual”, foram os declarados “sem ocupação”, para os quais o risco é 4,1 vezes superior àqueles “com ocupação”, e com menor

valor de hematócrito, sendo que com a redução de cada unidade de hematócrito, o risco de menor QV diminui 9,1%.

No domínio “sentido da vida”, observa-se que os participantes sem parceiro fixo, do sexo masculino, com menor escolaridade e declarados não praticantes religiosos possuem risco mais elevado de pior QV em comparação aos outros grupos. Os participantes “sem parceiro” possuem risco 8,5 vezes maior do que os relatados “com parceiro”; os homens possuem 5,1 vezes mais risco de pior QV nesta dimensão do que as mulheres; os participantes com menor escolaridade apresentam 4,3 vezes mais risco de baixa QV em relação àqueles com maior escolaridade; por fim, para os indivíduos não praticantes de religião, o risco aumentou 3,3 vezes em relação aos “praticantes” (Tabela 4).

Verifica-se que os respondentes que apresentaram maior risco de baixa QV na dimensão “admiração” foram os que se autodeclararam “sem ocupação”, sendo que o risco em comparação àqueles que afirmaram possuir um ofício é 4,4 vezes superior. Em “totalidade e integração”, o risco de prejuízo na QV foi 2,7 vezes maior para os respondentes “sem parceiro” e 2,8 vezes maior para aqueles “sem ocupação”. Já no domínio “força espiritual”, os participantes sem ocupação apresentaram maiores chances de baixa QV, com risco 2,8

vezes superior em comparação aos pacientes com ocupação (Tabela 4).

Observa-se, na tabela 4, que os pacientes “sem parceiro” e que consideraram sua saúde “péssima/ruim” apresentaram, respectivamente, riscos 4,2 e 10,2 vezes maiores de prejuízo no domínio “paz interior” em relação àqueles com parceiro fixo e saúde autorrelatada como “boa/ótima”. Em “esperança e otimismo”, os respondentes com maior risco de menor QV neste domínio foram aqueles que consideraram sua saúde péssima ou ruim, com risco 11,8 vezes superior em relação aos com saúde boa ou ótima.

Os participantes do sexo masculino apresentaram risco 4,8 vezes maior de baixa QV no domínio “fé”, em relação às participantes do sexo feminino. Já na dimensão global do WHOQOL-SRPB, observa-se que os participantes sem ocupação, sem parceiro e não praticantes religiosos demonstraram maior risco de prejuízo na QV em relação aos grupos opostos. Para os indivíduos sem ocupação, o risco é 4,1 vezes maior na comparação com indivíduos que possuem um ofício. Os pacientes sem parceiro fixo apresentaram 2,7 vezes mais risco de baixa QV na referida dimensão, em relação àqueles com parceiro. Por fim, os indivíduos declarados não praticantes possuem risco 2,6 vezes superior em comparação com os praticantes (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise de regressão logística das variáveis associadas aos domínios do WHOQOL-Spirituality, religiousness and personal beliefs. São Carlos, SP, Brasil, 2013 (n=110)

Domínios	Variável selecionada	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.†
Conexão a um ser ou força espiritual	Ocupação	Com ocupação (ref)‡	---	1.00	---
		Sem ocupação	0.001	4.07	1.72 - 9.61
		Variável contínua	0.038	0.915	0.842 - 0.995
	Situação conjugal	Com parceiro (ref)‡	---	1.00	---
		Sem parceiro	<0.001	8.48	2.61 - 27.60
Sentido	Sexo	Feminino (ref)‡	---	1.00	---
		Masculino	0.022	5.11	1.26 - 20.72
		Acima ensino fundamental incompleto (ref.)‡	---	1.00	---
	Escolaridade	Até ensino fundamental incompleto	0.017	4.27	1.30 - 14.02
		Religião	Praticante (ref)‡	---	1.00
Não praticante	0.041		3.29	1.05 - 10.29	
Admiração	Ocupação	Com ocupação (ref)‡	---	1.00	---
		Sem ocupação	0.001	4.38	1.77 - 10.84
Totalidade e integralidade	Situação conjugal	Com parceiro (ref)‡	---	1.00	---
		Sem parceiro	0.023	2.69	1.15 - 6.27
	Ocupação	Com ocupação (ref)‡	---	1.00	---
Sem ocupação		0.030	2.80	1.10 - 7.10	

Domínios	Variável selecionada	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.†
Força espiritual	Ocupação	Com ocupação (ref)‡	---	1.00	---
		Sem ocupação	0.021	2.76	1.17 – 6.49
	Situação conjugal	Com parceiro (ref)‡	---	1.00	---
		Sem parceiro	0.001	4.19	1.76 – 9.99
Paz interior	Estado geral	Boa ou ótima (ref)‡	---	1.00	---
		Razoável	0.466	1.39	0.57 – 3.37
		Péssima ou ruim	0.009	10.23	1.78 – 58.69
Esperança e otimismo	Estado geral	Boa ou ótima (ref)‡	---	1.00	---
		Razoável	0.449	1.36	0.62 – 3.00
		Péssima ou ruim	0.025	11.81	1.37 – 101.52
Fé	Sexo	Feminino (ref)‡	---	1.00	---
		Masculino	0.002	4.83	1.80 – 13.01
Global	Ocupação	Com ocupação (ref)‡	---	1.00	---
		Sem ocupação	0.002	4.05	1.68 – 9.76
	Situação conjugal	Com parceiro (ref)‡	---	1.00	---
		Sem parceiro	0.023	2.74	1.15 – 6.55
	Religião	Praticante (ref)‡	---	1.00	---
		Não praticante	0.036	2.62	1.06 – 6.44

*Odds Ratio=razão de risco para menor escore; †IC 95% OR=intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis; ‡ref.: ‡nível de referência.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas e clínicas observadas no presente estudo, como amostra composta pela maioria do sexo masculino, com parceiro fixo, grau de instrução fundamental incompleto, alta frequência de indivíduos que mantêm ocupação informal e crenças religiosas, corroboram resultados de estudos nacionais e internacionais.²¹⁻²⁴

Em relação aos fatores clínicos associados à QV dos pacientes com DRC em hemodiálise, verificou-se que, nos domínios “físico e relações sociais” do WHOQOL-bref, participantes com menor valor de albumina apresentaram maior risco de baixa QV. Estudo realizado na Espanha com o objetivo de avaliar o estado nutricional de pacientes de uma unidade de hemodiálise com base nos valores de albumina mostrou que esta é considerada um bom marcador do estado nutricional de pacientes com diagnóstico de DRC, e que valores baixos dessa proteína estão associados a maior risco de morbidades e mortalidade.²⁵

Quanto aos fatores sociodemográficos, pacientes sem ocupação possuem maior risco de baixa QV no domínio “conexão a um ser ou força espiritual”, e participantes sem parceiro fixo, do sexo masculino, com menor escolaridade e declarados não praticantes religiosos apresentam risco mais elevado de pior QV no domínio “sentido da vida”. Os respondentes com maior risco de baixa QV nos domínios “admiração e força espiritual” foram os declarados sem ocupação. No domínio “totalidade e

integralidade”, os participantes sem ocupação e sem parceiros apresentaram maiores chances de baixa QV. Pacientes sem parceiro e que consideraram sua saúde “péssima/ruim” obtiveram maior prejuízo no domínio “paz interior”. Na dimensão “esperança e otimismo”, os respondentes com maior risco de menor QV foram os que consideraram sua saúde péssima ou ruim. No domínio “fé”, participantes do sexo masculino apresentaram risco maior de baixa QV. Já em relação à dimensão global, os sujeitos sem ocupação, sem parceiro e não praticantes religiosos demonstraram maior risco de prejuízo na QV.

Na busca acerca dos fatores associados à QV de pacientes com DRC em hemodiálise, verificou-se a existência de apenas uma pesquisa que utilizou o WHOQOL-SRPB nesta amostra e de um estudo que utilizou o WHOQOL-bref. Desse modo, serão apresentadas pesquisas com resultados semelhantes, porém envolvendo diferentes populações.

O estudo cujo objetivo foi identificar fatores associados com QV relacionada à saúde de pacientes idosos em hemodiálise encontrou pior QV em relação às dimensões físicas quando associada com maior idade, sexo feminino, relato de duas ou mais internações no último ano e presença de três ou mais doenças crônicas autorreferidas.²⁶

Estudo que objetivou analisar se a QV de idosos ativos e saudáveis poderia ser influenciada pelo estado funcional, por características sociodemográficas e parâmetros psicológicos mostrou que

aqueles com parceiro fixo possuíam pior percepção nos domínios social e meio ambiente, além de renda inferior a cinco salários mínimos. Já no presente estudo, participantes sem parceiro fixo e sem ocupação apresentaram maiores chances de baixa QV. Isso pode ser explicado pelo fato de a maioria dos participantes ser do sexo masculino, uma vez que, em geral, homens adultos apresentam maior necessidade de manter um relacionamento.²⁷

Com o objetivo de verificar a associação entre a presença de uma doença crônica e a importância conferida à SRPB, constatou-se que a importância atribuída à SRPB aparece positivamente associada com os domínios geral, psicológico, relacionamento social, ambiente e SRPB do WHOQOL-100, quando ajustados os domínios para idade, sintomas depressivos e presença de um problema crônico de saúde.¹⁹

Uma vez que a assistência de enfermagem necessita constantemente de modificações para atender necessidades individuais e melhorar a QV dos pacientes em hemodiálise, estudo objetivou avaliar a QV dos pacientes portadores de DRC em tratamento hemodialítico, do Alto Sertão da Paraíba, e identificar a correlação entre a qualidade de vida global e os diversos domínios do WHOQOL-bref. Os autores identificaram que, de modo geral, o domínio mais prejudicado entre os participantes foi o físico e o mais preservado, o social, refletindo assim na QV dos pacientes com DRC.¹⁴

Outro estudo, realizado com o intuito de mensurar a QV de idosos rurais com osteoporose e verificar seus fatores associados, permitiu observar que a QV relacionada ao domínio físico apresentou, como principal preditor de menores escores, o maior número de morbidades; no domínio psicológico, os menores escores estiveram relacionados à ausência de escolaridade e ao maior número de morbidades; já o domínio meio ambiente apresentou menores escores de QV associados à ausência de moradia própria e ao maior número de morbidades.²⁸

Cabe destacar que, em uma revisão de literatura sobre as correlações entre religiosidade, espiritualidade e QV, esta se correlacionou tanto com a espiritualidade quanto com a religiosidade, atuando, sobretudo, em situações adversas.²⁹ Neste contexto, vale salientar a escassez de pesquisas desenvolvidas com a população renal crônica sobre a relação desses aspectos e pontuar que os achados da presente pesquisa contribuem para ampliar o conhecimento nesta área. Ficou evidente, na revisão realizada, a importância desses fenômenos para as práticas de saúde, o que reitera a necessidade de

valorizá-los e incluí-los nas formações profissionais, com destaque, neste caso, aos profissionais de enfermagem que atuam diretamente no cuidado.²⁹

A limitação desta pesquisa diz respeito ao desenho transversal que impossibilita a identificação da precedência temporal dos fatores estudados, aspecto que compromete as evidências de relações de causa e efeito.

CONCLUSÃO

Com base nos objetivos propostos e resultados obtidos, conclui-se que, com relação às características sociodemográficas, econômicas e clínicas encontradas na presente pesquisa, os achados vão ao encontro das publicações nacionais e internacionais sobre a população renal crônica, já que a maioria dos respondentes era do gênero masculino, possuía parceiro fixo, grau de instrução fundamental incompleto, alta frequência de indivíduos com ocupação informal e crenças religiosas.

Quanto aos fatores sociodemográficos e clínicos associados à QV dos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, utilizando-se o WHOQOL-bref e o WHOQOL-SRPB, verifica-se que os participantes sem ocupação, sem parceiro fixo, do gênero masculino, com baixa escolaridade, não praticantes religiosos, com baixo nível de hematócrito e albumina e percepção de saúde péssima ou ruim apresentam associação com a pior percepção da QV.

O presente estudo é de grande relevância, pois fornece subsídios para que a equipe responsável pelo tratamento de hemodiálise perceba a necessidade e importância da identificação de fatores clínicos e demográficos associados à QV e proporcione meios de otimização desta modalidade de tratamento.

Diante do exposto, recomenda-se que os profissionais de saúde atuantes nos Centros de Diálise - com destaque aqui à equipe de enfermagem - levem em consideração os aspectos sociodemográficos e clínicos nos quais se verificou associação com a QV, espiritualidade, religião e crenças pessoais dos pacientes com DRC em hemodiálise. Desse modo, será possível ampliar as possibilidades de melhoria da percepção da QV destas pessoas e dos aspectos a ela relacionados. Além disso, poderão ajudar no enfrentamento da doença e tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Chronic kidney diseases: common and harmful, but also preventable and treatable. *Rev Assoc Med Bras.* 2010 [cited 2016 Jan 15]; 56(2):248-53. Available

- from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200028
2. Bastos MG, Kirsztajn GM. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *J Bras Nefrol.* [Internet] 2011 [cited 2016 Jan 15];33(1):93-108. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/en_v33n1a13.pdf
 3. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR, et al. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2013. *J Bras Nefrol.* [Internet] 2014[cited 2016 Feb 15]; 36(4):476-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n4/0101-2800-jbn-36-04-0476.pdf>
 4. Mansur HN, Damasceno VO, Bastos MG. Prevalence of frailty in patients in chronic kidney disease on conservative treatment and on dialysis. *J Bras Nefrol.* [Internet] 2012[cited 2016 Mar 15]; 34(2):153-60. Available from: <http://www.jbn.org.br/details/1462/en-US/prevalence-of-frailty-in-patients-in-chronic-kidney-disease-on-conservative-treatment-and-on-dialysis>
 5. Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adherence of chronic renal insufficiency patients to hemodialysis. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2010 [cited 2016 Jun 15]; 23(4):546-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000400016&script=sci_arttext&tlng=en
 6. Abraham S, Venu A, Ramachandran A, Chandran PM, Raman S. Assessment of quality of life in patients on hemodialysis and the impact of counseling. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* [Internet] 2012 [cited 2016 Jun 15]; 23(5):953-7. Available from: <http://www.sjkdt.org/article.asp?issn=1319-2442;year=2012;volume=23;issue=5;spage=953;epage=957;aulast=Abraham>
 7. Turkmen K, Yazici R, Solak Y, Guney I, Altintepe L, Yeksan M, et al. Health-related quality of life, sleep quality and depression in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Hemodial Int.* [Internet] 2012 [cited 2016 Jun 15];16(2):198-206. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1542-4758.2011.00648.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.br&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
 8. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Cáceres-Espina M. Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. *Rev Latino-Am Enfermagem.* [Internet] 2012 [cited 2016 Jun 15]; 20(5):838-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500004
 9. Grasselli CSM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PB, Silva RR. Assessment of quality of life in patients undergoing hemodialysis. *Rev Bras Clin Med.* [Internet] 2012 [cited 2016 Jan 15]; 10(6):503-7. Available from: <https://www.intechopen.com/books/hemodialysis/quality-of-life-in-patients-undergoing-hemodialysis>
 10. Chaves ECL, Carvalho EC, Terra FS, Souza L. Clinical validation of impaired spirituality in patients with chronic renal disease. *Rev Latino-Am Enfermagem.* [Internet] 2010 [cited 2016 Jun 15]; 18(3):309-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300003
 11. Valcanti CC, Chaves ECL, Mesquita AC, Nogueira D, Carvalho EC. Religious/spiritual coping in people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet] 2012 [cited 2016 Jun 15]; 46(4):838-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 12. Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? *J Bras Nefrol.* [Internet] 2010 [cited 2016 Jan 15]; 32(1):128-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública.* [Internet] 2000 [cited 2016 Jan 15]; 34(2):178-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012
 14. Costa GMA, Pinheiro MBGN, Medeiros SM, Costa RRO, Cossi MS. Quality of life of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Enferm Glob.* [Internet] 2016 [cited 2016 Jul 31]; 15(43):59-73. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/en_clinica3.pdf
 15. Rusa SG, Peripato GI, Pavarini SCI, Inouye K, Zazzetta MS, Orlandi FS. Quality of life/spirituality, religion and personal beliefs of adult and elderly chronic kidney patients under hemodialysis. *Rev Latino-Am Enfermagem.* [Internet] 2014 [cited 2016 Jun 15]; 22(6):911-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/0104-1169-rlae-3595-2495.pdf>
 16. Santos VC, Boery EN, Pereira R, Rosa DOS, Vilela ABA, Anjos KF et al. Socioeconomic and health conditions associated with Quality of life of elderly quilombolas. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2016 [cited 2016 Jul 31]; 25(2):e1300015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200303
 17. Magalhães SR, Carvalho ZMF, Andrade LM, Pinheiro AKB, Studart RMB. Influence of spirituality, religion and beliefs in the quality of life of people with spinal cord injury. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2015 [cited 2016 Jun 15]; 24(3):792-800. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300792
 18. Cruz LN, Polanczyk CA, Camey SA, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life Brazil: normative values for

- the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res.* 2011; 20:1123-29.
19. Rocha NS, Fleck MP. Evaluation of quality of life and importance given to spirituality/religiousness/personal beliefs (SRPB) in adults with and without chronic health conditions. *Rev Psiq Clín.* [Internet] 2011 [cited 2016 Jun 15]; 38(1):19-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832011000100005&script=sci_arttext&tlng=en
 20. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saúde Públ.* [Internet] 2011 [cited 2016 Jun 15]; 45(1):153-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100018
 21. Orlandi FS, Gesualdo GD. Assessment of the frailty level of elderly people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2014; 27(1):29-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000100007
 22. Tennankore KK, Hingwala J, Watson D, Bargman JM, Chan CT. Attitudes and perceptions of nephrology nurses towards dialysis modality selection: a survey study. *BMC Nephrol.* [Internet] 2013 [cited 2016 Jun 15]; 14:192. Available from: <http://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2369-14-192>
 23. Rognant N, Alamartine E, Aldigier JC, Combe C, Vendrely B, Deteix P et al. Impact of prior CKD management in a renal care network on early outcomes in incident dialysis patients: a prospective observational study. *BMC Nephrol.* [Internet] 2013 [cited 2016 Jun 15]; 14:41. Available from: <http://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2369-14-41>
 24. Thomé EGR, Meyer DEE. Women caregivers for men with chronic kidney disease: a cultural approach. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2011 [cited 2016 Jun 15]; 20(3):503-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300011
 25. Alfonso AIQ, Castillo RF, Gallegos RF, Jimenez FJG. Estudio de la albúmina sérica y del índice de masa corporal como marcadores nutricionales en pacientes en hemodiálisis. *Nutr Hosp.* [Internet] 2015 [cited 2016 Jun 15]; 31(3):1317-22. Available from: <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8084>
 26. Braga SFM, Peixoto SV, Gomes IC, Acúrcio FA, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Factors associated with health-related quality of life in elderly patients on hemodialysis. *Rev Saúde Pública.* [Internet] 2011 [cited 2016 Jun 15]; 45(6):1127-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000600015&script=sci_arttext&tlng=en
 27. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev. Saúde Públ.* [Internet] 2009 [cited 2016 Jun 15]; 43(4):613-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400007
 28. Tavares DMS, Gomes NC, Dias FA, Santos NMF. Factors associated to the quality of life for elderly people with osteoporosis, living at rural areas. *Esc Anna Nery.* [Internet] 2012 [cited 2016 Jun 15]; 16(2):371-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200023
 29. Melo CF, Sampaio IS, Souza DLA, Pinto NS. Correlation between religiousness, spirituality and quality of life: a review of literature. *Estud Pesqui Psicol.* [Internet] 2015 [cited 2016 Jun 15]; 15(2):447-64. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/17650/13050>

Correspondência: Fabiana de Souza Orlandi
Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Gerontologia
Rodovia Washington Luís, km 235 - SP-310
13565-905 - São Carlos, SP, Brasil
E-mail: forlandi@ufscar.br

Recebido: 11 de fevereiro de 2016
Aprovado: 20 de outubro de 2016