

Qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise

Quality of life of chronic renal failure patients undergoing hemodialysis

Ricardo Ferreira Poersch¹, Francini Porcher Andrade², Adriane Dal Bosco³, Paula Maria Edit Rovedder⁴

¹ Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Metodista – IPA e Bacharel em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Professor de ciências pela Prefeitura municipal de Porto Alegre - SME. Porto Alegre, RS – Brasil.

² Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Metodista – IPA e Mestranda em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, RS – Brasil.

³ Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – UFRGS, Professora e Coordenadora do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Metodista IPA. Porto Alegre, RS – Brasil.

⁴ Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Pneumológicas – UFRGS, Professora do Curso de Fisioterapia e do PPG em Ciências Pneumológicas – Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Porto Alegre, RS – Brasil.

Endereço de Correspondência:

Ricardo Ferreira Poersch
Rua Vasco da Gama, 222, ap. 101
90420-110 - Porto Alegre – RS [Brasil]
ricardoferreirap@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: A doença renal crônica (DRC) causa prejuízos na capacidade funcional dos pacientes, comprometendo a qualidade de vida (QV). **Objetivo:** Avaliar a QV de pacientes com DRC em hemodiálise e compará-la entre gênero, estado civil e situação ocupacional. **Métodos:** Estudo observacional e transversal com portadores de DRC. Utilizou-se o Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF). **Resultados:** Foram avaliados 60 pacientes, 31 homens, idade média de 56,3±12,3 anos. As mulheres apresentaram pior função física (p=0,02), capacidade física (p=0,04), emocional (p=0,02) e escore total do KDQOL-SF (p=0,03). Indivíduos viúvos apresentaram pior vitalidade/fadiga (p=0,01) e função cognitiva (p=0,01). Indivíduos empregados apresentaram menor efeito da DRC na vida diária (p=0,01) e no escore total do KDQOL-SF (p=0,01). A idade correlacionou-se fraca e negativamente com a função física (r= -0,258; p=0,046) e função sexual (r= -0,323; p=0,012). **Conclusão:** Mulheres, indivíduos viúvos e mais velhos com DRC apresentam piores escores no questionário de QV.

Descritores: Hemodiálise. Qualidade de vida. Doença renal crônica.

Abstract

Introduction: Chronic renal failure (CRF) causes loss of functional capacity of patients compromising their quality of life (QOL). **Objective:** To evaluate the QOL of CRF patients undergoing hemodialysis, comparing it with patients' gender, marital status, and employment status. **Method:** This is an observational, cross-sectional study with CRF patients. The Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF) was the tool used for data collection. **Results:** A total of 60 patients were evaluated; 31 male, with mean age of 56,3 ± 12,3 years. Females presented worse physical function (p=0,02) than males; physical capacity (p=0,04), and emotional capacity (p=0,02), and at the total score of KDQOL-SF (p=0,03). Widowed individuals presented worse vitality/fatigue (p=0,01) and cognitive function (p=0,01). Employed individuals showed less effects of the CRF in their daily life (p=0,01) and at the total score of KDQOL-SF (p= 0,01). Age presented a negative and weak correlation with physical function (r= -0,25; p= 0,04) and sexual function (r= -0,32; p=0,01). **Conclusion:** Females, widows and aging individuals with CRF presented worse scores on the QOL questionnaire.

Keywords: Hemodialysis. Quality of life. Chronic renal failure.

Introdução

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano, pois executam funções importantes como a filtração glomerular, a produção e secreção de hormônios, como a eritropoietina, e de enzimas, como a 1,25-dihidroxivitamina D e a renina, entre outras. Na doença renal crônica, devido à queda contínua da filtração glomerular, diversos órgãos do indivíduo são acometidos, por conseguinte, diminuindo as funções regulatórias, excretórias e endócrinas, fato esse que pode levar a óbito¹.

A doença renal crônica (DRC) é uma doença progressiva e irreversível que acomete as funções glomerular, tubular e endócrina. A doença é diagnosticada quando a taxa de filtração glomerular do paciente fica abaixo a 60ml/min/1,73m² por um período maior de três meses. E é classificada como insuficiência renal crônica terminal quando a taxa de filtração fica abaixo de 15mL/min/1,73m². Ocorre, na insuficiência renal aguda (IRA), um aumento súbito de creatinina sérica, acima de 30% de seu valor basal, com função renal prévia normal. A etiologia da IRA pode ser isquêmica (quando há baixo fluxo renal), nefrotóxica (quando ocorre piora da função renal devido à presença de substâncias nefrotóxicas exógenas ou endógenas) e multifatorial (quando ocorre vários insultos renais, entre eles, quadros sépticos)².

Os estágios da DRC com base no ritmo de filtração glomerular são: (1) lesão normal com ritmo de filtração glomerular (RFG) normal ou aumentado (valores superiores a 90mL/min/1,73m²); (2) lesão renal com leve diminuição do RFG (valores entre 60-89mL/min/1,73m²); (3) lesão renal com moderada diminuição do RFG (valores entre 30-59mL/min/1,73m²); (4) lesão renal com acentuada diminuição do RFG (valores entre 15-29 mL/min/1,73m²); (5) falência renal funcional (valores inferiores a 15mL/min/1,73m²)⁴. Muitas comorbidades são associadas à DRC, entre elas: doenças vasculares periféricas, doenças cardí-

acas, retinopatia, neuropatia, diabetes *mellitus*, proteinúria, hipertensão arterial, leucocitúria, anemia e desnutrição. O fumo e a obesidade estão relacionados com a maior taxa de mortalidade nesses pacientes³.

A DRC é considerada um problema de saúde pública com elevadas taxas de morbimortalidade, tendo impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde⁴. Além disso, os indivíduos com DRC que realizam hemodiálise apresentam redução da capacidade física e funcional e baixa tolerância ao exercício pelo descondicionamento físico, o que pode comprometer diretamente a realização das atividades de vida diária, prejudicar a saúde, a qualidade de vida e o estado psicológico dos doentes⁴.

Entre os demais problemas que ocorrem no paciente com DRC que dificultam o tratamento e pioram a qualidade de vida estão: diminuição do interesse sexual, medo da morte, restrições dietéticas e hídricas, alteração da imagem corporal e cuidados específicos com a higiene, tornando necessário o fornecimento de suporte social e educacional como parte integrante do tratamento⁵. Desordens do sono são comuns em pacientes com DRC, sendo as mais mencionadas: insônia, síndrome da apneia do sono, síndrome das pernas inquietas, problemas esses que afetam a quantidade, a latência e duração do sono^{6,7}.

O método de prevenção ou retardo da deterioração da função renal remanescente consiste no tratamento conservador, chamado de terapia de reposição. Os tratamentos usados na DRC terminal são: a diálise peritoneal ambulatorial contínua, a diálise peritoneal automatizada, a diálise peritoneal intermitente, a hemodiálise e o transplante renal⁸. Constituem-se indicações para a diálise: hipervolemia, uremia, acidose metabólica persistente e hipercalcemia importante².

Em vista do aumento da incidência da DRC se faz necessário avaliar o impacto dessa doença e da hemodiálise na qualidade de vida dos pacientes nessas condições, identificar aspectos que dificultam o tratamento, com isso,

procurando contribuir com estratégias de enfrentamento da doença.

Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida de pacientes com DRC submetidos à hemodiálise e compará-la entre gêneros, diferentes estados civis e situações ocupacionais, com a hipótese de que há diferença entre esses grupos avaliados.

Métodos

Este trabalho é um estudo transversal, quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Metodista - IPA, pelo Protocolo nº 344/201. A amostra do estudo foi constituída de pacientes adultos que realizavam hemodiálise em clínicas consideradas referências na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

A seleção da amostra foi por conveniência, sendo incluídos pacientes submetidos há pelo menos um ano de hemodiálise a fim de considerar o comprometimento na qualidade de vida, idade superior a 18 anos e sem prejuízos cognitivos. Foram excluídos os pacientes que não responderam de forma correta ao questionário de qualidade de vida. A coleta de dados ocorreu entre julho de 2013 a fevereiro de 2014.

Após a adesão dos pacientes e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), foi realizada uma entrevista com o intuito de coletar dados de identificação do paciente, tais como idade, estado civil, sexo e profissão. Em seguida, foi aplicado, sempre pelo mesmo pesquisador, o questionário *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* - (KDQOL - SF 1.3), que avalia a qualidade de vida de doentes renais.

O questionário KDQOL SF-36 inclui o SF-36 (*Short Form - 36, Item Health Survey*), de avaliação geral da saúde e qualidade de vida com 36 itens, e uma parte específica de doença renal (ESRD) com 44 itens. O SF-36 é dividido em oito dimensões, como percepções da saúde geral (cinco itens), capacidade funcional (10 itens); li-

mitações por aspectos físicos (quatro itens); dor (dois itens); função social (dois itens); bem-estar emocional (três itens); função emocional (cinco itens); vitalidade/fadiga (quatro itens) e avaliação do estado de saúde atual referente ao último ano. A parte específica sobre doença renal (ESRD) inclui itens divididos em 11 dimensões: sintomas e problemas (12 itens); efeitos da doença renal sobre a vida diária (oito itens); sobrecarga imposta pela doença renal (quatro itens); condição de trabalho (dois itens); função sexual (dois itens); qualidade das interações sociais (três itens); função cognitiva (três itens); sono (quatro itens); suporte social (dois itens); satisfação do doente (um item); estímulo da equipe de diálise (dois itens). Sua pontuação varia de 0 a 100, sendo que valores mais baixos significam qualidade de vida menor⁹.

Análise Estatística

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica, conforme distribuição dos dados. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* aferiu a normalidade dos dados.

Para comparar as médias entre os grupos, os testes *t-student* não pareado e análise de variância (ANOVA) *one-way* complementada por *Tukey* foram aplicados quando as variáveis eram paramétricas. Nas variáveis não paramétricas, os testes *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney* foram utilizados. A associação entre os escores de qualidade de vida e a idade do paciente foi avaliada pelo coeficiente de correlação de *Spearman* (não paramétrico). Os dados foram armazenados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (S.P.S.S) 21.0 para Windows, adotando um nível de significância de $p \leq 0,05$.

O tamanho amostral foi calculado a partir da referência do artigo de Burns et al.¹⁰, que avaliou 77 pacientes transplantados renais. O cálculo amostral foi realizado considerando um nível de significância de 5% e um poder de 90%.

Resultados

Sessenta pacientes preencheram o questionário de qualidade de vida KDQOL SF-36, sendo 31 homens e 29 mulheres, com média de idade de 56,3±12,3 anos, sendo que as predominâncias foram de indivíduos casados e aposentados, conforme demonstrado na Tabela [1].

Tabela 1: Caracterização da amostra

Variáveis	média ± DP
Idade (anos)	56,3 ± 12,3
Sexo – n(%)	
Masculino	31 (51,7)
Feminino	29 (48,3)
Estado civil – n(%)	
Solteiro	9 (15,0)
Casado	25 (41,7)
Separado	22 (36,7)
Viúvo	4 (6,7)
Trabalho – n(%)	
Trabalhando	10 (16,7)
Aposentado	45 (75,0)
Desempregado	5 (8,3)

Legenda: DP=Desvio Padrão; n= número; % = percentual; n = 60

A Tabela [2] elenca os resultados dos escores de qualidade de vida; devido à assimetria de alguns escores, a mediana também foi apresentada. Desta forma, foi possível observar que os domínios com escores mais baixos encontrados de qualidade de vida foram, respectivamente, condições de trabalho, função sexual e limitações por aspectos físicos. Por outro lado, os domínios com maiores escores de qualidade de vida foram, respectivamente, estímulo do pessoal da diálise, qualidade da interação social, função cognitiva e apoio social.

Os escores de qualidade de vida que apontaram associação significativa com o gênero do paciente estão descritos na Tabela [3]. As mulheres apresentaram escores significativamente mais baixos nos domínios de função física, capacidade física e emocional e escore total SF-36.

Tabela 2: Domínios da qualidade de vida
Resultado avaliado a partir da Média ± DP

Domínios	Média ± DP	Mediana (Percentis 25 – 75)
Escore da Capacidade física	47,9 ± 20,0	43,1 (30,8 – 65)
Saúde geral	47,8 ± 19,9	50 (35 – 60)
Função física	52,2 ± 26,5	47,5 (31,3 – 78,8)
Limitações por aspectos físicos	35,0 ± 32,9	25 (0 – 50)
Dor	56,7 ± 33,0	48,8 (22,5 – 90)
Escore da Capacidade emocional	57,0 ± 20,0	54,8 (44 – 70,7)
Função social	58,0 ± 29,5	62,5 (25 – 87,5)
Bem estar emocional	45,0 ± 31,2	33,3 (33,3 – 66,7)
Função emocional	67,2 ± 23,2	70 (48 – 88)
Vitalidade/Fadiga	57,9 ± 23,0	55 (40 – 78,8)
Questão 2/ Avaliação pessoal sobre sua saúde.	59,8 ± 21,2	60 (50 – 70)
SF-36	53,3 ± 17,0	50,4 (40,6 – 66,7)
ESRD Total	62,0 ± 11,4	62,9 (53,1 – 70,2)
Sintomas e problemas	73,8 ± 16,4	74 (64,6 – 87,5)
Efeito da DRC na vida diária	65,8 ± 21,4	68,8 (50,8 – 86,7)
Sobrecarga da doença renal	39,6 ± 25,3	37,5 (20,3 – 56,3)
Condições de trabalho	29,2 ± 36,0	25 (0 – 50)
Função sexual	27,3 ± 43,0	042,2 (0 – 84,4)
Qualidade da interação social	78,4 ± 20,6	86,7 (61,7 – 93,3)
Função cognitiva	77,0 ± 23,3	83,3 (60 – 100)
Sono	67,1 ± 23,3	72,5 (42,5 – 89,2)
Apoio social	80,5 ± 25,3	83,3 (76,3 – 100)
Satisfação do doente	69,6 ± 17,4	66,7 (66,7 – 83,3)
Estímulo do pessoal da diálise	83,3 ± 16,4	87,5 (75 – 100)
Questão 22/ Percepção de melhora específica na sua saúde.	52,9 ± 31,9	50 (25 – 75)
Escore Total de Qualidade de Vida	57,7 ± 12,9	56,6 (49,4 – 68,6)

Legenda: DP=Desvio Padrão; DRC=Doença Renal Crônica; ESRD=end-stage renal disease ou insuficiência renal crônica terminal.

A Tabela [4] elenca associações significativas entre os escores de qualidade de vida com o estado civil e com o trabalho. Os viúvos apresentaram escores mais baixos do que os solteiros e separados quanto à Vitalidade/Fadiga. Também, os viúvos apresentaram escores mais baixos do

Tabela 3: Comparação entre os gêneros

Variáveis	Homens Média ± DP	Mulheres Média ± DP	p
Função física*	60 (35 – 85)	40 (27 – 62)	0,029**
Capacidade física	53,0 ± 20,7	42,5 ± 18,2	0,042***
Capacidade emocional	62,6 ± 19,4	51,1 ± 19,3	0,025***
Escore total	57,8 ± 17,0	48,4 ± 15,8	0,030***

* descrita por mediana (percentis 25 – 75) ** teste de Mann-Whitney; *** teste t-student não pareado

que os demais na função cognitiva. Foi observada associação significativa entre os escores de qualidade de vida e o trabalho. Quanto ao Efeito da DRC na vida diária, os pacientes que trabalhavam revelaram escores significativamente superiores aos que estão aposentados e desempregados. Quanto ao escore da subescala ESRD e escore total qualidade de vida, os pacientes que trabalhavam indicaram escores significativamente mais elevados do que os aposentados, não apresentando diferença significativa para os desempregados.

Houve correlação fraca e negativa entre a idade e o domínio de função física ($r = -0,258$; $p = 0,046$) e entre a idade e o domínio de função sexual ($r = -0,323$; $p = 0,012$), demonstrando que

quanto maior a idade do paciente, menor os escores de qualidade de vida nesses domínios (Figura 1).

Discussão

O conceito de qualidade de vida é individual e relativo, pois depende da percepção da pessoa sobre sua vida e da influência da doença na sua rotina¹¹. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, o conceito de qualidade de vida é definido como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹².

No presente estudo, o domínio limitações por aspectos físicos apresentou um baixo escore. Este escore é explicado pela diminuição da capacidade aeróbica e da força muscular nestes pacientes, resultando em dificuldade nas atividades de vida diária⁴. O paciente submetido à hemodiálise está mais suscetível a eventos de polineuropatia, miopatia, fraqueza muscular, anemia e cardiopatia, desse modo, dificultando os aspectos físicos^{13,16}. Pacientes apresentam atrofia de fibras musculares tipo I e II e baixa con-

Tabela 4: Comparação dos escores de qualidade de vida entre os estados civis (A) e Comparação entre as situações de trabalho (B)

(A) Variáveis	Solteiros Média ± DP	Casados Média ± DP	Separados Média ± DP	Viúvos Média ± DP
Vitalidade/Fadiga	71,1 ± 31,3	54,7 ± 20,5	61,1 ± 21,0	30,0 ± 15,8 ^a
Função cognitiva	86,7 ± 18,6	78,4 ± 21,5	77,7 ± 23,0	41,7 ± 20,6 ^b

(B) Variáveis	Trabalhando Média ± DP	Aposentado Média ± DP	Desempregado Média ± DP
Efeito de DRC na vida diária	83,4 ± 9,6 ^c	62,1 ± 21,0	64,4 ± 27,7
Envolvimento do pessoal da diálise	71,3 ± 23,6	86,0 ± 13,9	82,5 ± 11,2
Escore ESRD	72,3 ± 7,2 ^d	59,3 ± 10,7	66,3 ± 12,4
Escore Total QV	66,7 ± 9,2 ^d	54,8 ± 12,4	65,2 ± 14,9

ANOVA *one-way*

^a Viúvos significativamente menor do que solteiros e separados ($p < 0,01$).

^b Viúvos significativamente menor do que solteiros, casados e separados ($p < 0,01$).

^c Indivíduo trabalhando significativamente maior que indivíduo aposentado e desempregado ($p < 0,01$).

^d Indivíduo trabalhando significativamente maior que indivíduo aposentado ($p < 0,01$).

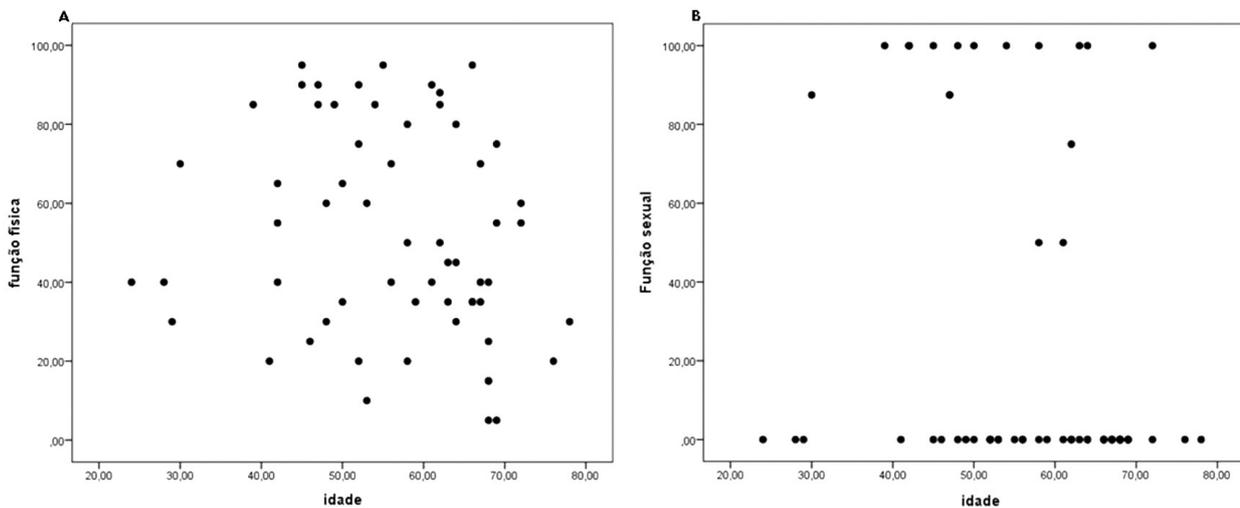


Figura 1: A: mostra correlação negativa entre a idade e o domínio de função física. [correlação de Spearman ($r_s = -0,258$; $p = 0,046$)]. B: mostra correlação negativa significativa entre idade e o domínio de função sexual [correlação de Spearman ($r_s = -0,323$; $p = 0,012$)]

centração de enzimas aeróbicas que explicam a debilitação aeróbica e muscular¹⁴. Fassbinder et al.¹⁵ avaliaram 27 pacientes em hemodiálise mediante questionário de qualidade de vida SF-36 e encontraram valores similares quanto aos aspectos físicos, assim, corroborando os resultados desta pesquisa¹⁵.

O maior escore dos domínios avaliados está relacionado ao estímulo do pessoal da diálise. Muitos pacientes não encontraram na família auxílio necessário para realizar as atividades de vida diária (AVDs) e compartilhar seus sentimentos. Os profissionais da diálise, muitas vezes, realizam esse acolhimento, demonstrando carinho e atenção. O apoio emocional favorece a melhor qualidade de vida¹⁶. O estudo de Cordeiro et al.¹⁷ comprovou que pessoas que moravam sozinhas apresentavam pior desempenho nas dimensões capacidade funcional, efeitos da doença renal e função sexual quando comparadas com pessoas que moravam com familiares.

As mulheres apresentaram escores significativamente mais baixos nos domínios de função física, capacidade física e emocional e escore SF-36. Quanto à saúde mental, foi constatado que mulheres apresentavam escore de função emocional mais baixo que os homens, pois a

doença faz com que as mulheres experimentem diferentes sentimentos e comportamentos relacionados à capacidade física, autoestima, imagem corporal, o que atinge diretamente as relações consigo e com a vida, levando à sentimentos negativos^{18,19}. A sensibilidade feminina pode favorecer para que respondam mais fidedignamente a um questionário de qualidade de vida, possivelmente, por externarem mais seus sentimentos do que os homens. O estudo de Martins e Cesarino²⁰ avaliou a qualidade de vida através do SF-36 de 125 pacientes em hemodiálise e encontrou escores significativamente menores para a capacidade física em mulheres. Lopes et al.²¹ estudaram 603 pacientes em hemodiálise e detectaram resultados significativos apontando maior comprometimento físico e mental em mulheres quando comparadas com homens.

Os viúvos apresentaram escores mais baixos do que os solteiros e separados quanto à vitalidade/fadiga e também revelaram escores mais baixos do que os demais pacientes na função cognitiva. Grasselli et al.²² observaram melhor qualidade de vida nas pessoas com relacionamentos conjugais e familiares positivos e uma maior insatisfação entre divorciadas, separadas ou viúvas. Outro aspecto que pode ter

influenciado a qualidade de vida de viúvos é a idade, pois praticamente todos viúvos eram idosos e o avanço da idade pode estar relacionado com os escores de vitalidade/fadiga e função cognitiva²³.

Os pacientes que estavam trabalhando indicaram escores superiores no efeito da DRC na vida diária em comparação a aposentados e desempregados. Quanto ao escore da subescala ESRD e escore total qualidade de vida, os pacientes trabalhadores atingiram escores significativamente mais elevados do que os aposentados. Segundo Dorta e Tanji (2013), pode-se dizer que o trabalho propicia momentos onde o indivíduo se identifica com aquilo que produz e ao mesmo tempo viabiliza relações com outros, ocorrendo de maneira saudável no sentido de não haver sofrimento²⁴. Trabalhar resulta numa atividade que compõe a identidade do indivíduo, ocupando amplo espaço na sua vida, e constitui fonte de sobrevivência e de reconhecimento social²⁵. O paciente insuficiente renal crônico concentra maior acúmulo de toxinas, podendo afetar a função emocional e favorecer a diminuição da capacidade física. Essa diminuição da capacidade física eleva a dificuldade de eliminar toxinas, criando um círculo vicioso.

Este estudo encontrou uma associação inversa entre a idade e a capacidade funcional, demonstrando que quanto maior a idade do paciente, menor a capacidade funcional. No estudo de Cordeiro et al.¹⁷, a idade influenciou negativamente a capacidade funcional, as limitações por aspectos físicos, a dor e o bem-estar emocional. Também, verificou-se que a idade influenciava negativamente a capacidade funcional e energia/fadiga^{17,26}.

Quanto à associação entre idade e o domínio de função sexual, um estudo identificou que a disfunção erétil é muito frequente em pacientes submetidos à hemodiálise e está relacionado com a progressão da idade. Martins et al.²⁷ correlacionou o aumento da idade com a prevalência da insatisfação sexual em pacientes renais crônicos no estágio cinco da doença. O estudo

de Wang et al.²⁸ comparou a qualidade de vida de transplantados renais com e sem disfunção erétil e encontrou resultados com piores escores nos indivíduos com disfunção, sendo que a média da idade era maior nos pacientes deste grupo. O estudo de Doss e Polaschek²⁹ discute que a DRC causa efeitos sociais, psicológicos e físicos, resultando numa mudança na sexualidade dos pacientes, aumentando a disfunção sexual e diminuindo o interesse. Nesta pesquisa, pode-se apontar como limitações do estudo o fato de não ter alcançado o número amostral, motivo pelo qual não foi possível encontrar correlações mais fortes quanto à idade com a função física e função sexual dos pacientes avaliados. Além disso, pode ser considerada como limitação a falta de um grupo controle de pacientes com DRC em tratamento conservador para comparar os grupos.

Conclusão

No presente estudo, constatou-se impacto na qualidade de vida em pacientes com DRC em tratamento de hemodiálise, nos domínios relacionados às condições de trabalho, à função sexual e às limitações por aspectos físicos. Detectou-se que o gênero pode influenciar em determinados aspectos da qualidade de vida, sendo que as mulheres apresentaram menores escores quando comparadas aos homens. Com relação ao trabalho, pessoas ativas revelaram sentirem-se com maior autoestima, assim, estando menos propensas a ficar desmotivadas com os efeitos da doença.

Ademais, os indivíduos viúvos apresentaram piores escores do que os demais sujeitos avaliados; e a idade foi um importante fator para determinar piores escores na qualidade de vida no que compete à função física e sexual dos pacientes avaliados.

Como perspectivas futuras, pode-se sugerir a realização de estudos que comparem a qualidade de vida na DRC antes e após o transplante renal.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer às duas clínicas de hemodiálise onde as coletas foram realizadas, citadas anteriormente, pela atenção de seus funcionários no fornecimento das pastas dos pacientes.

Referências

1. Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *Lancet*. 2012 Jan;9811(379):165-80.
2. Peres LAB, Júnior ADC, Schäfer AJ, Silva AL, Gaspar AD, Scarpari DF, Alves JBF, Neto RG, Oliveira TFT. Biomarcadores da injúria renal aguda. *J Bras Nefrol*. 2013;35(3):229-36.
3. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol*. 2011;33(1): 93-108.
4. Böhm J, Monteiro MB, Thome FS. Efeitos do exercício aeróbico durante a hemodiálise em pacientes com doença renal crônica: uma revisão da literatura. *J Bras Nefrol*. 2012;34(2): 189-94.
5. Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCO. Quality of life and coping strategies in patients undergoing renal transplantation. *Estud. Psicol*. 2007 Maio/Ago;12(2):177-84.
6. Rodrigue J, Mandelbrot DA, Hanto DW, Johnson SR, Karp SJ, Pavlakis M. A cross-sectional study of fatigue and sleep quality before and after kidney transplantation. *Clin Transplant*. 2011 Jan/Fev;25(1):E13-E21.
7. Naini AE, Amra B, Mahmoodnia L, Taheri S. Sleep apnea syndrome and restless legs syndrome in kidney transplant recipients. *Adv Biomed Res*. 2015 Mar (4):206-22.
8. Dutra MC, Uliano EJM, Machado DFGP, Martins T, Schuelter-trevisol F, Trevisol DJ, et al. Avaliação da função renal em idosos: um estudo de base populacional. *J. Bras. Nefrol*. 2014;36(3):297-203.
9. Duarte OS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(4):375-81.
10. Burns MAC, Erickson SR, Spivey CA, Kaplan B. Health-related quality of life and employment among renal transplant recipients. *Clin Transplant*. 2012 Maio/Jun;26(3):411-7.
11. Gonçalves KC, Streit IA, Medeiros, Santos PM, Mazo GZ. Comparação entre a percepção da qualidade de vida e o nível de aptidão física de idosos praticantes de atividades aquáticas. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2014;12(39):35-43.
12. Kock, KS, Wolter, AP, Tomé, SV, Huber, MP, Silva, J. Qualidade de vida em adolescentes com broncoespasmo induzido pelo esforço. *Rev Ciênc Médic Biol* 2015 Mai;13(2):212-19.
13. Lima, FF, Miranda, RC, Rossi, RC, Monteiro, HL, Yen, LS, Fahur, BS, Padulla, SA. Avaliação funcional pré e pós-programa de exercício físico de pacientes em hemodiálise. *Med (Ribeirão Preto)*, 2013; 46(1), 24-35.
14. Nascimento, LCDA, Coutinho, ÉB, Silva, KNGD. Effectiveness of physical exercise in chronic renal failure. *Fisioter Mov*. 2012; 25(1), 231-9.
15. Fassbinder TRC, Winkelmann ER, Schneider J, Wendland J, de 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):46-54.
16. Coitinho, D, Benetti, ERR, Ubessi, LD, Barbosa, DA, Kirchner, RM, Guido, LA, Stumm, EMF. Complications in hemodialysis and health assessment of chronic renal patients. *Av Enferm*. 2015;33(3), 362-371.
17. Cordeiro JABL, Brasil VV, Silva AMTC, Oliveira LMAC, Zatta LT, Silva ACCM. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *REE*. 2009;11(4):785-93.
18. Oliveira, VA, Schwartz, E, Soares, MC, Santos, BPD, Garcia, RP, Lise, F. (2016). Relações familiares de mulheres em hemodiálise. *Rev Ate à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciênc. Saúde)*. 2016;14(47):36-42.
19. Caveião C, Visentin A, Hey AP, Sales WB, Ferreira ML, Passos RL. Qualidade de vida em mulheres com doença renal crônica submetida à hemodiálise. *Cadernos da Escola de Saúde* 2014;11:20-33.
20. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino Am Enf*. 2005;13(5):670-6.



21. Lopes GB, Martins MTS, Matos CM, de Amorim JL, Leite EB, Miranda EA, Lopes AA. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(6):506-9.
22. Grasselli CSM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PB, Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Soc Bras Clín Méd.* 2012 Nov/Dez;10(6):503-7.
23. Campôa EFRC, Santos JC. Qualidade de vida, competências cognitivas e funcionais nos idosos institucionalizados e não institucionalizados. UAlg-Teses 2011 Set. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/330>
24. Dorta, AA, Tanji, JT, Neves, SEM, Souza, JDRD, Damico, V, Moreno, BS. Trabalho e saúde: reflexões sobre as estratégias de enfrentamento do trabalhador. *Rev OMNIA Saú.* 2013;9(2), 28-44.
25. Bruschini, C, Ridenti, S. Família, casa e trabalho. *Cad Pesq,* 2013;(88), 30-36.
26. Painter P, Clark L, Olausson J. Physical Function and Physical Activity Assessment and Promotion in the Hemodialysis Clinic: A Qualitative Study *American. Am J Kidney Dis.* 2014 Mar;53(3):S11-S104.
27. Martins, JPLB, Caramello, SR, Rocha, JCG, Bonini, NP, Luiz, MSJV, Martins, CTB, Scavone, C. Gender and Age Associate With Sexual Dissatisfaction in Stage 5 Chronic Kidney Disease Patients. *Pinnacle Medicine Med Sci.* 2015; 2(6):743-9.
28. Wang WG, Li P, Wang YS, Wang G, Wang YT, Zhou HL. The effect of erectile dysfunction on quality of life in male kidney transplant recipients. *Pak J Med Sci.* 2014;30(2):361-5.
29. Doss, F, Polaschek, N. Assessing sexual dysfunction in people living on dialysis in a New Zealand renal service. *Ren Soc Aust J,* 2012;8(3):104-8.