

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

FLÁVIA SOARES DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE DOENTES RENAI CRÔNICOS SOB
PROGRAMA DE HEMODIÁLISE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Brasília/DF

2015

FLÁVIA SOARES DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE DOENTES RENAI CRÔNICOS SOB
PROGRAMA DE HEMODIÁLISE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Margarete Marques Lino.

Brasília – DF

2015

Normalização Adotada

O presente trabalho obedeceu às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas quanto à Informação e Documentação, vigentes no momento desta publicação, segundo recomendações da Biblioteca Central da Universidade de Brasília:

- NBR 14724 (2011) Trabalhos acadêmicos - Apresentação;
- NBR 6023 (2002) Referências - Elaboração; e
- NBR 10520 (2002) Citações em documentos – Apresentação.

RESUMO

A doença renal crônica é uma síndrome complexa, crônica e terminal, que causa uma série de restrições físicas, psíquicas, familiares, sociais, espirituais e econômicas. A hemodiálise é uma terapia de substituição renal que se caracteriza como um processo paliativo, objetivando aumentar a expectativa de vida dos pacientes. O objetivo do estudo foi sintetizar a contribuição de pesquisas realizadas sobre a qualidade de vida das pessoas em tratamento hemodialítico quanto aos principais aspectos que influenciam a qualidade de vida. Utilizando o método de revisão integrativa, foram encontrados 29 artigos em português, indexados nas bases de dados LILACS, IBECs, MEDLINE e SCIELO. Observou-se que na maioria dos estudos a qualidade de vida foi afetada pelo tratamento, principalmente no que tange aos domínios relacionados ao estado físico em geral. Conclui-se que a qualidade de vida de pacientes renais crônicos, como demonstrado no presente estudo, é bastante comprometida, sendo possível observar que os aspectos físicos e emocionais merecem maior atenção.

Descritores: Diálise Renal. Insuficiência Renal Crônica. Falência Renal Crônica. Terapia de Substituição Renal. Insuficiência Renal. Qualidade de Vida.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01

11

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AUQEI: Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

DECs: Descritores em Ciências da Saúde

DP: Diálise Peritoneal

DRC: Doença Renal Crônica

DRCT: Doença Renal Crônica Terminal

HD: Hemodiálise

IBECS: Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde

IRC: Insuficiência Renal Crônica

K/DOQI: Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

KDQOL-SF: Kidney Disease and Quality of Life - Short Form

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE: Literatura Internacional em Ciências da Saúde

NKF: National Kidney Foundation

OMS: Organização Mundial da Saúde

QV: Qualidade de Vida

SBN: Sociedade Brasileira de Nefrologia

SciELO: Scientific Electronic Library Online

SF-36: Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey

TFG: Taxa de Filtração Glomerular

TRS: Terapia Renal Substitutiva

TSR: Terapia de Substituição Renal

WHOQOL: The World Health Organization Quality of Life Assessment

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Bref

SUMÁRIO

1. Introdução	1
1.1. Doença Renal Crônica Terminal	1
1.2. Hemodiálise	4
1.3. Qualidade de Vida	4
2. Justificativa do Problema	6
3. Objetivos	7
3.1. Geral	7
3.2. Específicos	7
4. Métodos	8
4.1. Tipo de Estudo	8
4.2. Questão direcionadora	8
4.3 Procedimentos de seleção das fontes da revisão	8
4.4. Definição das características das pesquisas	10
5. Resultados	11
6. Discussão	26
7. Conclusões	33
8. Referências Bibliográficas	34

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas compreendem um grupo de patologias que provocam alterações no estilo de vida das pessoas e interferem em sua qualidade de vida. De modo geral, tais doenças têm uma história naturalmente prolongada, com sintomas que se apresentam gradualmente no processo; apresentam um período longo, assintomático, acompanhado de vários fatores de risco, os quais sofrem interferência do ambiente (BARBOSA et al., 2006).

A doença renal crônica (DRC)¹ consiste em lesão renal e perda da função dos rins. A falência é progressiva e irreversível, incurável, porém tratável e sua evolução clínica está associada a taxas altas de morbimortalidade (CHERCHIGLIA et al., 2010).

A DRC é, atualmente, considerada um problema de saúde pública mundial (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). É uma situação limitante, que repercute em todos os costumes do acometido e que requer um conjunto de alterações em seus hábitos; que demandam uma reconfiguração e um redimensionamento no modo de vida e reflete um impacto negativo sobre a qualidade de vida (MARTINS; CESARINO, 2005). O doente renal crônico experimenta uma drástica mudança em sua vida. Deve conviver com muitas limitações, como: dietoterapia rígida; mudanças no cotidiano familiar, profissional e social; o pensamento na morte fica frequente, o que leva o indivíduo a ter uma percepção negativa sobre a saúde e ainda convive com a expectativa do transplante renal e a esperança de melhorar a sua qualidade de vida (SANTOS et al., 2013).

1.1. DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL

A Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) é a fase avançada e terminal de uma síndrome complexa com perda progressiva e irreversível da função renal. Nessa fase os rins não conseguem manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico e à medida que a capacidade do órgão diminui, as toxinas resultantes do

¹ Alguns autores ainda utilizam a expressão *Insuficiência Renal Crônica (IRC)* apesar da literatura atual adotar *Doença Renal Crônica (DRC)*.

metabolismo acumulam-se no sangue. A disfunção orgânica é diretamente proporcional à progressão da doença de base (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (2004) referendou a definição de DRC proposta pela National Kidney Foundation Americana (NKF), em seu documento Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002), que se baseia nos seguintes critérios:

- Lesão presente por um período igual ou superior a três meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG), evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou ainda de exames de imagem;
- TFG menor que 60 mL/min/1,73 m² por um período igual ou superior a três meses com ou sem lesão renal.

Assim, a DRC é definida pela lesão do parênquima renal (com função renal normal) e/ou pela diminuição funcional renal presentes por um período igual ou superior a três meses. Com base nesta definição, a DRC foi classificada em cinco estágios: 1, 2, 3A, 3B, 4 e 5.

A DRCT foi denominada DRC Estágio 5, com:

(1) TFG é menor que 15mL/min/1,73m², acompanhado, na maioria dos casos, de sinais e sintomas de uremia; ou

(2) necessidade de se iniciar terapia de substituição renal (TSR) para o tratamento de complicações decorrentes da TFG diminuída, que, de outra forma, aumentariam o risco de mortalidade ou morbidade.

Nos estágios iniciais, a DRC não apresenta sintomas e as alterações funcionais, principalmente da TFG, são importantes componentes no diagnóstico e classificação da DRC (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Devido à característica silenciosa, o nível de suspeição deve ser direcionado para pacientes que apresentam susceptibilidade aumentada para DRC e constituem grupos de risco para a doença, a saber: hipertensos, diabéticos, idosos, portadores de doença

cardiovascular, história familiar de DRC e aqueles em uso de medicações nefrotóxicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2004).

Conseqüentemente, o diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e instituição de medidas para diminuir/interromper a progressão da doença estão entre as estratégias-chave para melhorar os desfechos (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

O tratamento dos pacientes com DRC requer o reconhecimento de aspectos distintos, porém relacionados, que englobam a doença de base, o estágio da doença, a velocidade da diminuição da filtração glomerular, identificação de complicações e comorbidades, particularmente as cardiovasculares (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Os tratamentos existentes consistem em manter a função renal e a hemostasia pela maior quantidade de tempo. Os principais baseiam-se no controle simultâneo dos fatores causais e das complicações da DRC: hipertensão arterial, proteinúria, anemia, metabolismo mineral, acidose metabólica, dislipidemia, diabetes e mudanças no estilo de vida (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

No estágio 5 da DRC, além da terapêutica medicamentosa e dietoterapia, acrescentam-se as TSR. As TSR disponíveis são as diálises, e o transplante renal (TX) (CHERCHIGLIA et al., 2010). Os tratamentos dialíticos, que promovem a remoção dos líquidos e produtos urêmicos residuais, se apresentam em suas modalidades hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP), (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Na DRCT a sobrevivência é diretamente dependente de uma TRS (CHERCHIGLIA et al., 2010).

O Censo Brasileiro de Diálise de 2013, realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (2013), contabilizou um total de 658 unidades ativas e cadastradas pela SBN, 334 unidades responderam ao questionário com o total de 50.961 pacientes em tratamento dialítico naquele ano. Desse total cerca de 90% estavam em tratamento hemodialítico. A estimativa é de que haja, no total, 100.397 pacientes em tratamento dialítico e uma estimativa de 34.161 novos pacientes em diálise por ano. O número anual estimado de óbitos em 2013 foi de 17.944 e a taxa anual de mortalidade foi de 17,9% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013).

1.2. HEMODIÁLISE

A hemodiálise (HD) é uma TRS que envolve procedimento extracorpóreo de filtração do sangue por meio de um dialisador. Na HD, a transferência de solutos ocorre entre o sangue e a solução de diálise através de uma membrana semipermeável artificial (filtro de HD ou capilar) por três mecanismos: a difusão, ultrafiltração e a convecção. A difusão é o fluxo de soluto a favor do gradiente de concentração, através da membrana. A ultrafiltração é a remoção de líquidos através de um gradiente de pressão hidrostática que força a passagem de água através da membrana para o banho da diálise, e a convecção é a perda de solutos durante a ultrafiltração, quando ocorre o arraste de solutos na mesma direção do fluxo de líquidos através da membrana (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

Os métodos de acesso à circulação do paciente podem ser realizados através da inserção de cateteres em veias jugulares, subclávia e femoral ou pela confecção de fístulas arteriovenosas, criadas cirurgicamente a partir da anastomose entre artéria e veia subjacente (LINARDI et al., 2004).

A sessão de HD dura cerca de 2 a 4 horas, numa frequência de 2 a 4 vezes por semana (THOMAS; ALCHEIRI, 2005).

Esse tratamento pode abalar a vida do paciente, uma vez que toda sua vida passa por alterações e o doente ainda tem que conviver com a perda de companheiros de HD, um pequeno número de rins disponível para transplante, somado a todos os transtornos físicos, sociais e psicológicos que a HD traz.

1.3. QUALIDADE DE VIDA

Conceitos de qualidade de vida (QV) foram abordados inicialmente por cientistas sociais, filósofos e políticos e, embora sem consenso sobre a definição do termo, pela subjetividade que representa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o protocolo WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life Assessment, em que definiu QV como a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação

aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) “qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural”.

Para Nahas (2010), a qualidade de vida é a condição humana decorrente de um conjunto de critérios individuais e socioambientais (moradia, transporte, segurança, saúde, educação), modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano (NAHAS, 2010). Assim, a conceituação de QV inclui satisfação das necessidades mais elementares da vida humana; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva, tratando-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Ao longo dos anos surgiram instrumentos para mensurar a qualidade de vida e suas variantes. Os instrumentos mais relacionados à análise de condições gerais da QV enfatizam questões sobre domínios físicos (dor, fadiga, capacidades e limitações), psicológicos (percepção do estado de saúde, depressão, auto-estima, ansiedade e imagem corporal), relações sociais (apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e as relações interpessoais), nível de independência (mobilidade, atividades cotidianas, capacidade para o trabalho) e noções sobre o bem-estar (corporal, emocional, saúde mental e vitalidade) (GORDIA, 2011).

2. JUSTIFICATIVA DO PROBLEMA

A motivação do presente estudo se dá pelo entendimento que a rotina de pessoas submetidas à HD é desgastante e provoca limitações na vida, afetando sua qualidade de vida.

O enfrentamento da doença é único e pessoal, e depende de fatores como o perfil psicológico, as condições sociais e ambientais, a própria percepção sobre qualidade de vida e a HD, que pode ter vários significados de acordo com o doente (HIGA et al., 2008).

Quando o doente inicia o tratamento não é somente o corpo que está adoecido, mas também, aspectos psíquicos, emocionais e todo o contexto do qual o doente está inserido (FAYER, 2010).

O estudo de Barbosa e colaboradores (2007), ressalta que a depressão é o preditor mais marcante na qualidade de vida dos pacientes e que há um importante rebaixamento no nível de QV, principalmente relacionado a aspectos físicos (BARBOSA; ANDRADE JÚNIOR; BASTOS, 2007). Corrobora a afirmação o trabalho de Martins e Cesarino (2005), que encontrou que os menores escores de qualidade de vida foram àqueles relacionados ao aspecto físico, emocional e vitalidade, com maior comprometimento das atividades corporais e recreativas (MARTINS; CESARINO, 2005).

Diante do exposto, a questão norteadora do presente estudo foi: Que conhecimento tem sido produzido, a partir de pesquisas realizadas, sobre os aspectos e domínios de qualidade de vida que são mais influenciados nos doentes renais crônicos em terapia hemodialítica?

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

- Sintetizar a contribuição de pesquisas realizadas sobre a qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

3.2. ESPECÍFICOS

- Realizar o levantamento das produções científicas acerca dos principais aspectos que influenciam a qualidade de vida de pessoas em tratamento hemodialítico;
- Identificar as principais características das pesquisas, os procedimentos metodológicos usados; e
- Descrever os resultados das pesquisas produzidas.

4. MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo baseou-se no referencial de revisão integrativa que sintetiza resultados de pesquisas já realizadas e mostra, sobretudo, as conclusões da literatura sobre um fenômeno específico. Os dados resumidos e comparados permitem com que se obtenha conclusões gerais sobre o problema de pesquisa (CROSSETTI, 2012).

Pelo referencial de Ganong (1987) o processo de elaboração da revisão integrativa deve cumprir criteriosamente seis etapas: seleção de hipóteses ou questões para a revisão; seleção das pesquisas que irão compor a amostra da revisão; definição das características das pesquisas primárias que compõem a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e relato da revisão, proporcionando um exame crítico dos achados.

4.2. QUESTÃO DIRECIONADORA

Que conhecimento tem sido produzido, a partir de pesquisas realizadas, sobre os aspectos e domínios de qualidade de vida que são mais influenciados nos doentes renais crônicos em terapia hemodialítica?

4.3. PROCEDIMENTOS DE SELEÇÃO DAS FONTES DA REVISÃO

O estudo incluiu artigos da literatura nacional cujo tema central tenha sido a qualidade de vida de pessoas com DRC em tratamento hemodialítico, e indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através da fonte de informação “Literatura

Científica e Técnica” em seu item “Ciências da Saúde em Geral”. As bases de dados incluídas por essa fonte de pesquisa são: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Cochrane e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Entretanto para o refinamento adequado do estudo, foi definida uma amostra, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão:

- artigos em Português disponíveis em texto completo nas bases de dados supracitadas, publicados no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014;
- artigos indexados pelos termos dos descritores em ciências da saúde² (DECS): diálise renal/ insuficiência renal crônica/ falência renal crônica/ terapia de substituição renal/ insuficiência renal/ qualidade de vida;
- artigos que abordaram o tema qualidade de vida associado à doença renal crônica sob tratamento hemodialítico, em qualquer âmbito e faixa etária da população; e
- artigos de abordagem quantitativa que utilizaram instrumentos de avaliação de qualidade de vida.

A busca computadorizada teve início pelo acesso online à Biblioteca Virtual em Saúde, através dos cruzamentos entre os descritores: (tw:(diálise renal)) OR (tw:(insuficiência renal crônica)) OR (tw:(falência renal crônica)) OR (tw:(terapia de substituição renal)) OR (tw:(insuficiência renal)) AND (tw:(qualidade de vida)); e pela utilização dos filtros:

- texto completo: disponível;
- idioma: Português;
- tipo de documento: artigo; e
- ano de publicação: 2010, 2011, 2012, 2013, 2014.

² Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

Foram encontradas 82 referências, que foram salvas em formato de apresentação detalhado, em arquivo digital, para seleção segundo critérios estabelecidos de inclusão e exclusão.

Para a primeira etapa da seleção dos artigos encontrados, foi criada uma planilha eletrônica (Microsoft® Excel), onde foram inseridos: (1) número da fonte e título da publicação; (2) autores; e (3) informações da publicação: periódico, volume, número, páginas e ano de publicação. Em seguida, os dados foram classificados segundo a sequência de autores e informações da publicação. A análise inicial objetivou identificar a replicação de artigos devido à indexação em mais de uma base de dados. As 20 versões replicadas do mesmo artigo, indexadas em mais de uma base de dados, foram excluídas.

Durante a seleção, 23 artigos foram excluídos após a leitura dos resumos, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão propostos, outros dez foram selecionados e excluídos após a leitura do artigo na íntegra, também por não estarem de acordo com os critérios previamente estabelecidos. Assim, a amostra final consistiu de 29 artigos.

4.4. DEFINIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS PESQUISAS

Os artigos que compuseram a amostra da revisão foram categorizados segundo os dados: título do artigo; ano de publicação; autores; periódico de publicação; objetivos do artigo; delineamento do estudo; local onde foi desenvolvida a pesquisa; instrumentos de avaliação de qualidade de vida aplicados no estudo; sujeitos estudados; resultados encontrados; e conclusão/considerações finais do estudo.

Os dados foram analisados, segundo seus conteúdos, por meio da estatística descritiva e quanto à relação dos dados com o objeto de interesse em cada estudo.

5. RESULTADOS

Na presente revisão integrativa foram analisados 29 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Ressalta-se que um artigo, apesar de ter sido publicado em Português, a população estudada foi de outro país — Chile. O Quadro 1, a seguir, mostra aspectos gerais dos artigos analisados.

Quadro 1 - Identificação dos artigos, segundo objetivos, instrumentos utilizados, população estudada e principais conclusões.

Autoria e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos	Casuística	Principais Conclusões
FROTA et al., 2010	Avaliar a QV de crianças com insuficiência renal crônica e identificar os domínios mais relevantes.	Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI)	13 crianças: 4-12 anos	Identificaram experiências comuns, que incluem dor no momento da diálise, caracterizado por diversas punções venosas, mudança de cateteres dentre outros, bem como o conflito da hospitalização, limitações que a doença e o tratamento proporcionam, como o ato de brincar e estudar, todos interligados em uma só expectativa, que leva à felicidade, um transplante adicionado ao valor que a família representa. Os resultados do AUQEI quantitativo indicaram que a dimensão mais prejudicada foi a autonomia, sinalizando para a necessidade do desenvolvimento de ações em que a criança possa se sentir mais independente, capaz de realizar atividades do cotidiano, relacionadas, principalmente, ao lazer, uma vez que foi a dimensão mais valorizada para a criança. A família foi percebida como fonte de bem-estar para a promoção da QV, não somente por obter a segunda média de escore mais elevada, mas também por ter sido considerada como basal a presença dela nos relatos.
CAVALCANTE et al., 2013	Identificar fatores socioeconômicos, demográficos, clínico-nutricionais e laboratoriais associados a piores níveis de QV	Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF)	291 adultos: 20-59 anos	As áreas com os níveis mais baixos de QV foram "situação ocupacional", "peso da doença renal", "saúde geral", "satisfação do paciente" e "função física". Escolaridade \leq 8 anos, residência no interior e presença de doença cardiovascular apresentaram associação com níveis mais baixos de QV. Condições clínicas e demográficas podem influenciar negativamente a QV de pacientes com insuficiência renal crônica. Assim, o cuidado dispensado aos pacientes renais deve considerar comorbidades, nível de escolaridade e condições de acesso ao local do tratamento, especialmente no caso de pacientes vindos do interior do estado.

Autoria e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos	Casuística	Principais Conclusões
BRAGA et al., 2011	Identificar fatores associados à QV relacionada à saúde de pacientes idosos em HD.	Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF)	223 idosos: 60-mais	Alguns fatores, como o aumento da idade, sexo feminino e número de interações, associaram-se significativamente ao pior escore do componente físico. A presença de doenças crônicas auto referidas foi o fator que apresentou associação consistente com a pior QV em todos os componentes avaliados. Outro aspecto importante observado foi a influência negativa do tempo de tratamento no componente mental da QV, sugerindo uma piora desses aspectos no início do tratamento dialítico, que pode ser recuperado posteriormente.
GRASSELLI et al., 2012	Avaliar a QV dos pacientes submetidos à HD.	Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)	37 adultos: 18-71 anos	A QV dos pacientes foi afetada negativamente pelas dimensões de papel profissional, vitalidade (energia e fadiga), função física, função emocional, saúde geral e sobrecarga da doença renal na vida dos pacientes; o que pode ser atribuído às dificuldades e desafios provocados pela doença renal e seu tratamento. Por outro lado, os altos escores encontrados para as dimensões satisfação do paciente em relação ao apoio recebido por familiares e amigos (tempo que passa na presença destes), vida sexual, função cognitiva, dor, sono, suporte social, lista de sintomas/problemas, efeitos da doença renal, estímulo pela equipe de diálise, funcionamento físico, bem estar emocional, função social e qualidade de interação social foram dimensões que tiveram altos níveis de escores e contribuíram positivamente com a avaliação da QV. Portanto, a média geral dos escores obtido neste estudo indicou uma boa QV na população estudada e, que apesar de a doença e de sua forma de tratamento causarem várias limitações no cotidiano dessas pessoas, há fatores mais importantes que motivam e estimulam esses pacientes a enfrentar essa fase de sua vida.
CHAVES et. al., 2011	Identificar se um programa de fisioterapia aplicado durante a HD melhora a QV e aumenta a força muscular do doente renal crônico.	Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF)	10 adultos: 27-86 anos	Os resultados mensurados não apresentaram melhora significativa na maioria dos quesitos, entretanto foi possível observar ganhos nas dimensões lista de sintomas e problemas, função física e emocional. Apesar da força não ser um ganho comprovado de maneira significativa estatisticamente.
GUERRA-GUERRERO; SANHUEZA-ALVARADO; CACERES-ESPINA, 2012	Determinar a QV de pessoas em HD crônica e sua relação com variáveis sócio demográficas, médico-clínicas e de laboratório.	Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF)	354 adultos: 18-mais	O perfil sócio demográfico, junto com as características médico-clínicas e de laboratório são aspectos que contribuem para o baixo nível de QV. Idade mais alta, baixa escolaridade, alta ruralidade, baixa renda, duração do tratamento, hospitalizações e ausência de transplantes representam alguns dos aspectos relacionados.

Autoria e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos	Casuística	Principais Conclusões
SANTOS et. al., 2014	Verificar a QV dos pacientes que fazem HD na cidade de Mogi das Cruzes, São Paulo.	Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF)	40 adultos: 18-mais	A QV dos pacientes que fazem HD no Instituto de Nefrologia de Mogi das Cruzes apresenta em média, altos escores nas dimensões genéricas e específicas avaliadas. Isso pode indicar, entre outras coisas, que esses pacientes estão conseguindo adaptar-se e lidar com as imposições do tratamento hemodialítico. Os instrumentos utilizados mostraram-se eficazes e contribuíram para que os objetivos do trabalho fossem alcançados, ou seja, verificar os aspectos da QV do paciente em HD.
COSTA; VASCONCELOS; TASSITANO, 2010	Descrever as características e analisar as possíveis associações entre a DRC e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em uma amostra representativa de pacientes do município de Caruaru, PE.	Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF)	49 adultos: 20-88 anos	Os dados encontrados estudo indicaram que pacientes com DRC apresentam diminuição na QV por causa das repercussões musculoesqueléticas, tais como câibras, fraqueza muscular e esforço físico.
MADALOSSO; MARIOTTI, 2013	Analisar o impacto da intervenção de Terapia Ocupacional (TO) na qualidade de vida dos portadores de DRC em HD.	Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF)	28 adultos: 18-60 anos	O estudo revelou que a QV e principalmente a QV relacionada à saúde dos usuários com DRC submetidos a tratamento de HD apresentam-se comprometidas, devido às alterações físicas e mentais, que levam a alterações nos hábitos de vida, restrições na rotina de atividades e ocupações e diminuição da participação social. Verificou-se que houve efetividade da intervenção da TO na QV dos usuários atendidos.
PADULLA et al., 2011	Verificar e comparar a QV dos sujeitos que realizam tratamento fisioterapêutico com aqueles que não o realizam.	Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)	60 adultos: 20-79 anos	O estudo avaliou a QV de portadores de DRC submetidos à HD e inseridos ou não em um programa de fisioterapia. Foi encontrada uma tendência de melhor qualidade de vida em pacientes tratados com fisioterapia. Algumas limitações, como o baixo número semanal de sessões e a dificuldade de controlar a grande variabilidade da amostra, devem ser levadas em consideração, uma vez que podem ter colaborado para a diminuição da quantidade de diferenças encontradas em cada domínio, entre os grupos.
LOPES et al., 2014	Avaliar a QV relacionada a saúde de pacientes renais crônicos em HD.	Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF)	101 adultos: 24-88	A QV relacionada a saúde de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico apresentou melhor percepção nos domínios "função cognitiva", "suporte social", "função sexual" e "qualidade de interação social" e maiores prejuízos nas dimensões "aspecto físico", "situação de trabalho", "funcionamento físico" e "saúde geral".

Autoria e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos	Casuística	Principais Conclusões
SANTOS et al., 2013	Analisar a associação entre o nível de QV com consumo alimentar e estado nutricional em pacientes com DRC submetidos à HD.	Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36)	30 adultos: 28-76 anos	Várias inadequações no consumo alimentar foram encontradas, indicando que os pacientes não mantêm uma alimentação adequada, como é recomendado para a doença de base. A falta de acompanhamento nutricional pode ter influenciado esta inadequação. O consumo alimentar se correlacionou com o nível de QV, apresentando melhor QV aqueles pacientes que possuíam um consumo energético maior. É importante lembrar que se trata de uma amostra, na qual a maioria foi classificada com desnutrição, porém, no cenário mundial esses dados podem não coincidir, não podendo, assim, extrapolar esses achados para qualquer população sem um estudo prévio. Portanto, deve-se identificar o limite entre aumentar o consumo energético ou não da população a se fazer intervenção. A dieta para DRC é restrita, mas, no entanto, possível. Portanto, é fundamental o acompanhamento nutricional específico e individualizado para melhorar na alimentação e, conseqüentemente, da QV destes pacientes.
MARTINEZ et al., 2011	Avaliar a associação entre exercício físico e QV de uma amostra de pacientes em HD.	Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)	115 adultos: 18-mais	Observaram que, em uma amostra de doentes renais crônicos com perfil semelhante para as características idade, hemoglobinemias, tempo de HD, etiologia da DRC e renda familiar, aqueles que praticavam exercício físico regular apresentaram melhor QV, que foi significativa em alguns domínios, tanto do componente físico como mental. Entretanto esses aspectos não são suficientes para defender apenas uma das seguintes hipóteses, que a melhor QV tenha sido <i>consequência</i> ou tenha sido <i>causa</i> da prática de exercício físico.
VANELLI; FREITAS, 2011	Caracterizar a QV de pacientes em programa de HD.	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey (SF-36)	56 adultos: 19-81 anos	A QV de pacientes renais crônicos é bastante comprometida, sendo possível observar que os aspectos físicos e emocionais merecem maior atenção, já que a limitação por aspectos físicos demonstra a dificuldade dos pacientes analisados em lidar com as restrições da DRC no dia-a-dia, mostrando dificuldade de realizar as atividades do cotidiano, como trabalho, lazer e convívio familiar, influenciando em aspectos emocionais.
ABREU; SANTOS, 2013	Descrever pacientes submetidos à HD segundo características sócio demográficas e clínicas, e impacto da condição crônica e tratamento em sua QV.	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey (SF-36)	60 adolescentes e adultos: 15-83 anos	Os resultados evidenciaram menores escores de QV nas dimensões aspectos físicos, vitalidade e dor. É importante frisar que essas dimensões avaliam principalmente o desempenho nas atividades diárias e de trabalho, sensação de desânimo e falta de energia, sintomas frequentes em pacientes renais crônicos. A partir dos resultados encontrados, concluiu-se que intervenções são necessárias, visto que o tratamento dos pacientes com IRC não visa somente proporcionar sua sobrevivência, mas também maximizar a reabilitação e a QV.

Autoria e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos	Casuística	Principais Conclusões
SOARES et al., 2011	Analisar os efeitos de um protocolo de exercícios fisioterapêuticos em pacientes renais crônicos, durante a terapia HD.	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey (SF-36)	27 adultos: 40-60	De acordo com os resultados obtidos, os programas de reabilitação física são benéficos para a melhora do estado geral e da qualidade de vida dos pacientes renais crônicos.
RIBEIRO et al., 2013	Estudar o papel do exercício resistido (ER) no tratamento e na QV em pacientes submetidos à HD crônica.	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey (SF-36)	60 adultos: 40-75 anos	O programa de ER intradialítico mostrou-se de fácil aplicação, pelos diferentes profissionais especialista em exercício que atuam na Sala de Hemodiálise, cujo impacto na QV é muito maior do que esperado pela carga exigida, tempo de avaliação e simplicidade do mesmo.
ROCHA; MAGALHAES; LIMA, 2010	Verificar os efeitos de uma intervenção fisioterapêutica nos pacientes em HD para: função da musculatura respiratória, força de preensão manual e QV.	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey (SF-36)	13 adultos: 20-70	O protocolo fisioterapêutico proposto não promoveu melhoras expressivas nas variáveis analisadas nos pacientes submetidos à HD, no ponto de vista estatístico. Excetuando-se a medida de PFE. Isso se justifica, em parte, ao número pequeno da amostra, tempo do protocolo e intervenções propostas.
SILVA et al., 2011	Identificar a QV de pacientes renais crônicos em HD	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey (SF-36)	38 adultos: 18-mais	Quando cruzados os dados sócio demográficos com o SF-36, foi observado que os pacientes estão piores em QV no domínio "Aspectos Físicos" e melhores no domínio "Saúde Mental". Concluindo que a doença crônica e o tratamento dialítico impõem alterações comportamentais e corporais que alteram a QV dos pacientes estudados.
SOUSA; SARMENTO; ALCHIERI, 2011	Avaliar a QV de pacientes em HD atendidos em um centro de diálise do sertão da Paraíba;	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey (SF-36)	51 adultos: 18-72	O perfil socioeconômico e demográfico da amostra foi formado, majoritariamente, por homens, casados, com faixa etária entre 62 a 72 anos, baixo nível de escolaridade, com renda familiar mensal variando de 1 a 2 salários mínimos, sem atividade remunerada e realizando diálise entre 1 a 2 anos. Verificou-se, ainda, que o escore relacionado à capacidade funcional e a dor apresentaram valor relativamente baixo e médio, respectivamente. Os aspectos emocionais, a dor e os aspectos sociais apresentaram os maiores escores. Contudo, os domínios mais afetados foram: saúde mental, seguido pela vitalidade, capacidade funcional e limitações dos aspectos físicos, permitindo concluir que as mesmas apresentam fortes impactos na QV dos sujeitos em HD.
MORTARI et al., 2010	Avaliar a QV de indivíduos com DRC terminal submetidos à HD	Medical Outcomes Study Short-Form 36 (SF-36)	49 adultos: 18-mais	Na amostra de pacientes com DRC terminal submetidos à HD, tanto nos homens quanto nas mulheres, houve redução nos escores de QV, principalmente nos domínios estado geral de saúde e limitação por aspectos físicos.

Autoria e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos	Casuística	Principais Conclusões
FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011	Investigar a QV de pacientes diagnosticados com a DRC, em tratamento de HD.	Medical Outcomes Study Short-Form 36 (SF-36)	33 adultos: 18-mais	O estudo permitiu caracterizar os pacientes renais crônicos em HD, segundo as variáveis sócio demográficas e clínicas. O questionário SF-36 foi de fácil aplicação e permitiu concluir que a QV da população estudada era insatisfatória. A DRC e o tratamento hemodialítico interferiram diretamente na percepção do indivíduo frente ao suporte social recebido, à sua QV, englobando as limitações físicas e as alterações na vida social. O fator de limitação do estudo foi ter sido realizada pesquisa transversal, já que estudos longitudinais seriam importantes na investigação sobre a contribuição dos diferentes domínios na QV e/ou no estado de saúde do indivíduo ao longo do tempo.
SILVA et al., 2013	Avaliar os benefícios de um programa de fisioterapia aplicado, antes e após 16 meses, a pacientes com DRC durante a HD.	Medical Outcomes Study Short-Form 36 (SF-36)	56 adultos: 18-mais	A fisioterapia, com base em um programa de exercícios durante a HD, poderia proporcionar melhora significativa da QV e capacidade física dos pacientes renais crônicos.
SILVEIRA et al, 2010	Avaliar a QV de pacientes com insuficiência renal crônica em HD em serviço público de referência em nefrologia no estado do Pará.	Medical Outcomes Study Short-Form 36 (SF-36)	50 adultos: 18-mais	A QV associada à saúde dos pacientes avaliados mostrou-se globalmente diminuída, principalmente quanto aos aspectos físicos, em todas as faixas etárias, com relativa preservação dos domínios saúde mental, aspectos sociais e emocionais. A população masculina apresentou piores escores no que se refere a aspectos físicos e vitalidade. A idade correlacionou-se negativamente com a capacidade funcional. Os pacientes em programa de HD há mais de um ano apresentaram melhores níveis no domínio aspectos sociais e houve correlação positiva entre o tempo em diálise e a capacidade funcional.
REIS et. al., 2014	Avaliar a QV dos pacientes renais crônicos submetidos à HD e correlacioná-la com informações relativas ao perfil do grupo avaliado, tais como idade, gênero, escolaridade, tempo de exposição à terapia por hemodiálise.	World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref)	50 adultos: 18-mais	A QV dos pacientes analisados mostrou-se diminuída, principalmente nos domínios meio ambiente e físico. O maior grau de escolaridade interfere de maneira positiva na QV, especificamente no domínio psicológico, que retrata a satisfação com a vida. Já a idade apresenta uma influência negativa com relação aos aspectos físicos e psicológicos.

Autoria e ano de publicação	Objetivos	Instrumentos	Casuística	Principais Conclusões
TAKEMOTO et al., 2011	Avaliar a QV dos idosos com insuficiência renal crônica, submetidos ao tratamento hemodialítico.	World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref)	40 idosos: 61-83	Os idosos submetidos a tratamento hemodialítico apresentaram uma QV baixa, com variações de acordo com os domínios analisados. Por se tratar de indivíduos com uma doença crônica, progressiva e irreversível identificou-se que o escore mais prejudicado trata-se do domínio físico, o qual aborda questões relativas ao estado de saúde do paciente. Em contrapartida, a existência de boas relações no âmbito social, principalmente com familiares, influencia para o aumento no escore do domínio social. É importante destacar para a boa percepção individual da qualidade de vida desses pacientes, sugerindo um avançado estágio de adaptação à patologia e terapêutica utilizada.
FERREIRA; SILVA FILHO, 2011	Comparar a QV entre os pacientes sem depressão ou depressão mínima com aqueles que possuem algum grau de depressão (leve, moderado ou grave).	World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref)	130 adultos: 18-mais	Concluiu-se que, no serviço de HD da região de Marília, houve menor prevalência depressiva entre os renais crônicos em HD, destacando-se domínios da QV que se inter-relacionam e que demonstram a importância de se investir em questões como suporte social na melhora da saúde biopsicossocial destes pacientes.
NEPOMUCENO et al., 2014.	Avaliar a correlação entre a atitude religiosa e a QV de pacientes com insuficiência renal crônica em um serviço de HD.	World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref)	100 adultos: 18-mais	De forma geral há influência da religiosidade na QV dos pacientes renais crônicos. Observou-se que os componentes da atitude religiosa apresentaram correlação positiva com os domínios relações social, psicológico, nível de independência e ambiental. Entretanto, não houve influência da religiosidade sobre o domínio físico. Assim, constatou-se que a religiosidade é fonte de conforto e esperança para os pacientes, fortalecendo-os, promovendo bem-estar geral e ajudando na aceitação da condição inevitável. Quanto à QV, o domínio ambiental foi o que sofreu menor impacto na vida desses pacientes, enquanto o domínio físico foi o mais afetado, o que significa que quanto maior o tempo da doença, maior comprometimento ocorre nos aspectos físicos dos pacientes renais crônicos.
PARCIAS et al., 2014	Verificar a relação entre QV e sintomas depressivos em pacientes renais crônicos submetidos à HD.	World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref) e Inventário de Depressão Maior (MDI)	30 adultos: 18-mais	Os sintomas depressivos estavam presentes em menos da metade dos pacientes, bem como a maioria apresentava, apesar da HD crônica, boa QV quando comparados a populações semelhantes.

Os resultados mostraram que a produção sobre a avaliação da QV de doentes renais crônicos em HD concentrou-se no ano de 2011 com onze (38%) artigos, seguido por 2013 com sete (24%). Sobre os periódicos, sete (24%) foram publicados no Jornal Brasileiro de Nefrologia, o que se justifica pela especificidade das pesquisas. Ressalta-se que sete artigos (24%) foram publicados em periódicos

de enfermagem e cinco em ciências da saúde (17%). Os demais artigos distribuíram-se com relativa uniformidade entre outras disciplinas específicas da área de saúde, como medicina, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional.

A população estudada nos artigos selecionados soma um total de 2.138 sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão propostos nos estudos, entretanto, nem todos os artigos especificam todos os seus critérios de inclusão. Ressalta-se que os estudos abrangeram as faixas etárias de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Nos estudos que envolveram adultos, nem todos apresentaram a faixa etária mínima e máxima estudada.

Ainda que o objetivo do presente estudo não tenha sido avaliar a qualidade dos métodos de pesquisa aplicados, observou-se que alguns estudos não apresentaram rigor metodológico quanto ao desenho.

Quanto aos instrumentos aplicados para avaliação da QV, treze estudos (44%) aplicaram o Medical Outcomes Study Short-Form 36 (SF-36), dez (34%) aplicaram o Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF), cinco (17%) aplicaram o World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref). Apenas um utilizou instrumento distinto em relação aos demais: o Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI).

Quanto aos estudos que aplicaram o SF-36, Vanelli e Freitas (2011) avaliaram a QV de 56 portadores de DRC sob HD e constataram que a dimensão mais afetada foi relativa aos aspectos físicos (29,01) e aspectos emocionais (35,71). Já a saúde mental foi a que demonstrou relativa preservação (68,14) (VANELLI; FREITAS, 2011). Abreu e Santos (2013) encontraram menores escores nas dimensões: aspectos físicos (24,2), aspectos emocionais (54,4) e dor (57,8). Os pacientes apontaram que estão impossibilitados de realizar atividades exercidas anteriormente ao aparecimento da doença, outros se referiam a questão dos aspectos físicos relacionados às intercorrências clínicas ou complicações que surgem durante ou até mesmo depois das sessões de diálise (ABREU; SANTOS, 2013).

Quatro estudos avaliaram o impacto de intervenções fisioterápicas sobre a QV. Em estudo experimental, Soares et al. (2011) aplicaram intervenções e

encontraram os escores médios: capacidade funcional (62), aspectos físicos (51), dor (61), estado geral de saúde (51), vitalidade (53), aspectos sociais (63), aspectos emocionais (53) e saúde mental (65). Também encontraram correlação negativa entre idade e os seguintes domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e vitalidade. Concluíram que, após o tratamento fisioterápico, houve melhora significativa em: capacidade funcional, nível de dor, vitalidade e saúde mental (SOARES et al., 2011).

O estudo de Ribeiro et al. (2013) avaliou o papel do exercício resistido (ER) no tratamento e na QV em pacientes submetidos à HD crônica. Apresentaram apenas os resultados de QV para os grupos submetidos a ER, com melhora significativa na QV, em todos os parâmetros avaliados, como capacidade funcional, aspecto físico, percepção de dor, saúde geral, vitalidade, função social, estado emocional e saúde mental. Os resultados indicaram que o programa de ER durante a HD foi confiável para comprovar a melhora da qualidade de vida porém, não compararam os resultados de QV com grupo de pessoas sedentárias em HD (RIBEIRO et al., 2013).

Rocha, Magalhães e Lima (2010) verificaram os efeitos de uma intervenção fisioterapêutica nos pacientes em HD para: função da musculatura respiratória, força de prensão manual e QV. Na análise da QV, houve melhora de todos os domínios, excetuando o domínio "vitalidade", o qual se mostrou diminuído. Entretanto, não houve melhora ou piora estatisticamente significativa (ROCHA; MAGALHAES; LIMA, 2010).

Outro estudo que avaliou os efeitos de intervenções fisioterápicas sobre a QV foi o de Silva et al. (2013), que estudou o mesmo grupo antes e após 16 meses de intervenção. Após o programa, as médias de QV foram: saúde geral (40,49), vitalidade (47,91), capacidade funcional (55,34), aspectos físicos (30,43), dor (41,51), aspectos sociais (46,71), emocionais (24,99) e saúde mental (52,31). Os autores concluíram que houve melhora estatisticamente significativa nas dimensões capacidade funcional e dor, sugerindo que a fisioterapia, melhora a percepção do indivíduo sobre o estado físico (SILVA et al., 2013).

Martinez et al. (2011) estudaram o efeito da atividade física regular sobre a QV, comparando grupos de pacientes sedentários (GS) com pacientes em atividade física (GA). Na comparação de grupos, as autoras observaram diferença entre capacidade funcional (GS: 53,0 e GA: 72,4); aspectos físicos (GS: 43,1 e GA: 56,4); dor (GS: 60,1 e GA: 70,4); vitalidade (GS: 53,3 e GA: 66,1) e saúde mental (GS: 65,0 e GA: 76,2) (MARTINEZ et al., 2011).

Silva et al. (2011) avaliaram a QV de 38 adultos e estudaram as associações com variáveis sócio demográficas e clínicas, encontrando que os piores escores de QV estavam no domínio Físico. O estudo usou correlação entre os domínios e a renda, o diabetes e a idade. Quanto a renda, o estudo não conseguiu relação direta com o domínio estado geral de saúde. O diabetes, os domínios capacidade funcional ($p=0,033$) e saúde mental ($p=0,021$) foram mais afetados, demonstrando que pacientes com diabetes tem QV inferior aos que não tem. Em relação a idade, foi demonstrado que ela interfere negativamente na QV, no domínio Capacidade Funcional ($p=0,030$). Não apresentaram os escores médios do SF-36 (SILVA et al., 2011).

Estudo que avaliou 51 adultos no estado da Paraíba indicou que os domínios saúde mental (46,74), vitalidade (50), capacidade funcional (58,82) e limitações dos aspectos físicos (58,82) apresentaram as piores médias, refletindo uma qualidade de vida prejudicada (SOUSA; SARMENTO; ALCHIERI, 2011).

Silveira et al. (2010) avaliaram a QV de 50 adultos do serviço ambulatorial de HD de um hospital referência em Nefrologia no Pará e encontraram resultados semelhantes: capacidade funcional (58), aspectos físicos (36), dor (62), estado geral (62), vitalidade (60), aspectos sociais (74), emocionais (58), saúde mental (70). Ao analisarem as relações dos escores com o sexo, houve diferença significativa nas dimensões aspectos físicos e vitalidade, com piora para o sexo masculino. Concluíram que, em geral, a QV esteve diminuída em todos os aspectos, principalmente nos aspectos físicos. (SILVEIRA et al., 2010).

Os estudos que aplicaram o KDQOL-SF, sem intervenções apresentaram resultados semelhantes, quanto às dimensões mais afetadas.

O estudo de Cavalcante et al. apontou que as áreas com os níveis mais baixos de QV foram “situação ocupacional” (0,0), “peso da doença renal” (43,7), “saúde geral” (50,0), “satisfação do paciente” (50,0) e “função física” (50,0) (CAVALCANTE et al., 2013). Braga et al. (2011) encontraram menores escores médios nas dimensões: “papel profissional” (25,11), “função física” (40,58), “sobrecarga da doença renal” (40,95), “funcionamento físico” (45,73), “saúde geral” (60,89) e “satisfação do paciente” (67,04) (BRAGA et al., 2011).

Para Grasselli et al. (2012) os resultados indicaram baixa QV nos componentes “papel profissional” (22,86), “função física” (34,36), “sobrecarga da doença renal” (45,95), “função emocional” (50,45), “saúde geral” (51,35) e “energia/fadiga” (59,19) (GRASSELLI et al., 2012). O estudo de Santos et al. (2014) apontou menor escore genérico na “função física” (46,88) e menor escore específico no “papel profissional” (56,25) (SANTOS et al., 2014).

Lopes et al. (2014) encontraram que QV relacionada à saúde apresentou melhor percepção nos domínios “função cognitiva” (89,31), “suporte social” (88,61), “função sexual” (84,58) e “qualidade de interação social” (82,97) e maiores prejuízos nas dimensões “função física” (30,20), “situação de trabalho” (37,13), “funcionamento físico” (46,68) e “saúde geral” (49,36) (LOPES et al., 2014). Costa, Vasconcelos e Tassitano (2010) obtiveram menores escores nos domínios esforços físicos e câibras, indicando que pacientes com DRC apresentam diminuição na QV vida por causa das repercussões musculoesqueléticas, tais como câibras, fraqueza muscular e esforço físico (COSTA; VASCONCELOS; TASSITANO, 2010).

Os estudos anteriormente citados analisaram estatisticamente as dimensões da QV, medida pelo KDQOL-SF, e indicaram que escolaridade menor que oito anos, residência no interior e presença de doença cardiovascular (DCV) apresentaram associação com níveis mais baixos de QV (CAVALCANTE et al., 2013). Braga et al (2011) observaram que o aumento da idade, sexo feminino e número de internações, associaram-se significativamente ao pior escore do componente físico assim como presença de doenças crônicas auto referidas foi o fator que apresentou associação consistente com a pior QV em todos os componentes avaliados. (BRAGA et al., 2011). Outro aspecto importante que Braga et al. (2013) observaram

foi a influência negativa do tempo de tratamento no componente mental da QV, sugerindo uma piora desses aspectos no início do tratamento dialítico, que pode ser recuperado posteriormente (BRAGA et al., 2011).

O perfil sócio demográfico, junto com as características médico-clínicas e de laboratório dos pacientes são aspectos que contribuíram para o baixo nível de QV. Maior idade, baixa escolaridade, pertencer a área rural, baixa renda, duração do tratamento, hospitalizações e ausência de transplantes representam alguns dos aspectos relacionados (GUERRA-GUERRERO; SANHUEZA-ALVARADO; CACERES-ESPINA, 2012).

Estudos que aplicaram o KDQOL-SF e realizaram intervenções, e compararam grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI):

Chaves et al. (2011) aplicaram 30 sessões de fisioterapia motora transdiálise (GI) e compararam com o grupo que não recebeu a intervenção (GC). Nos resultados obtidos na parte específica para doentes renais crônicos, observou-se na dimensão lista de sintomas e problemas (nesse item questiona-se o quanto o paciente incomodou-se nas últimas 4 semanas com dores musculares, falta de ar e câibras, dentre outros) que o GI alcançou a média inicial de 65,62 e final de 82,98 com significância estatística e no GC a média inicial foi de 82,25 e final de 75,52, mostrando melhora significativa do grupo intervenção nesse quesito. Ao compararem os dois grupos houve melhora estatisticamente significativa do grupo intervenção em relação ao controle (CHAVES et. al., 2011).

Na sobrecarga da doença renal (questiona a interferência da doença renal na vida do paciente e o tempo gasto com sua doença, entre outros) a média inicial do GI foi de 39,58 e a final de 44,79 e a média inicial do GC foi de 17,18 e final de 37,5; nessa dimensão houve melhora significativa do GC, apesar de tanto a média inicial quanto a final deste grupo mostrarem-se baixas (CHAVES et. al., 2011).

Na escala função física (aborda se o paciente fez menos coisas do que gostaria, se sentiu dificuldade no trabalho ou em outras atividades nas últimas 4 semanas) o GI teve como média inicial 33,33 e final de 62,5 e o controle 12,5 e 37,5 respectivamente, nesse quesito observou-se que os dois grupos obtiveram melhora significativa, contudo a melhora foi maior no GI (CHAVES et. al., 2011).

Na função emocional (aborda se os problemas emocionais têm interferido no trabalho ou em outras atividades da vida diária), o GI teve melhora significativa com média inicial de 44,44 e final de 72,22, já o GC obteve média inicial de 8,33 e final de 16,66, não apresentando melhora significativa (CHAVES et. al., 2011).

Ao serem comparados os grupos em relação à faixa-etária, observou-se que os participantes mais novos (20 a 49 anos) submetidos à fisioterapia (GI) pontuaram mais em “satisfação do paciente” e “saúde geral” que os respectivos pares do GC. Da mesma forma, observou-se que os participantes de faixa etária superior (60 a 79 anos) do GI pontuaram mais em “saúde geral” que os respectivos pares do GC. (PADULLA et al., 2011)

Quando foram comparados os grupos (GI e GC) em relação ao tempo de hemodiálise, observou-se que o GI com 121 a 180 meses de HD pontuaram mais nos aspectos “satisfação do paciente”, “função sexual” e “saúde geral” que os respectivos pares do GC. A variável mais afetada foi o efeito da doença renal tanto no GI, quanto no GC. (PADULLA et al., 2011)

Madalosso e Mariotti (2013) avaliaram o efeito da terapia ocupacional (TO) em doentes sob HD, comparando a QV pré-TO e pós-TO. Encontraram escores pré-TO: situação de trabalho (19,64), sobrecarga da doença renal (42,86), função emocional (50,00), função física (50,89), saúde geral (52,86), funcionamento físico (55,18). Houve melhora em 63,15% dos aspectos avaliados após a intervenção da TO. Um único aspecto permaneceu inalterado, Saúde geral, e apenas em seis aspectos os escores diminuíram: Função sexual, Estímulo por parte da equipe, Satisfação do paciente, Bem-estar emocional, Função social e Energia/fadiga. Os escores mostraram significância estatística em três dos domínios, sendo eles: Lista de sintomas/problemas, Satisfação do paciente e Dor (MADALOSSO; MARIOTTI, 2013).

Dentre os estudos que aplicaram o WHOQOL-Bref, Reis et al. (2014) estudaram as correlações entre os domínios da QV e variáveis sócio demográficas. O domínio que obteve maior média entre os pacientes foi o social, com 77,5 pontos, e o que teve menor foi o meio ambiente, com média de 62,37. O físico obteve média de 63,28 e o psicológico de 67,66. Houve uma correlação negativa, estatisticamente

significante entre os escores dos domínios físico e psicológico do WHOQOL-Bref, com a variável idade, indicando que quanto maior a idade, pior foram os valores desses dois domínios. Houve correlação significativamente positiva entre grau de escolaridade e domínio psicológico, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maior o valor atribuído para o domínio psicológico (REIS et al., 2014).

Takemoto et al. (2011) aplicaram o WHOQOL-bref em 40 idosos e observaram que com relação a percepção de sua própria QV, 48,8% atribuíram uma avaliação mediana, descrita no instrumento como nem ruim e nem boa, e no que se refere o quão satisfeitos estão em relação a sua saúde, 70,7% se dizem satisfeitos com a saúde. Os resultados do WHOQOL-Bref em relação aos domínios foram: físico (49,46), psicológico (57,18), social (70,42) e meio ambiente (53,67). Em geral, os idosos apresentaram uma qualidade de vida baixa, sendo o domínio físico foi o mais prejudicado.

Um estudo que comparou a QV entre pacientes sem depressão (GA) com aqueles que apresentam algum grau de depressão (GB), encontrou médias dos domínios do WHOQOL-bref na população total: Relações Sociais (67,63); Psicológico (62,72); Meio ambiente (59,59); Físico (55,99); com diferença significativa entre as médias dos domínios da escala e QV geral do WHOQOL-bref, indicando que os pacientes do GA apresentaram escores médios maiores em todos esses domínios comparados com os pacientes do GB. (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011).

Outros autores também estudaram as correlações entre DRC, HD, QV e sintomas depressivos. Parcias et al. (2014) encontraram que os sintomas depressivos estavam presentes em menos da metade dos pacientes, bem como a maioria apresentava, apesar da HD crônica, boa QV quando comparados a populações semelhantes. Os autores não apresentaram as médias dos domínios de QV (PARCIAS et al., 2014).

O estudo de Nepomuceno et al. (2014) avaliou as correlações entre religiosidade de QV medida pelo WHOQOL-bref, concluindo que há influência da religiosidade na QV dos pacientes renais crônicos. Também observaram que os componentes da atitude religiosa apresentaram correlação positiva com os

subdomínios relações social, psicológico, nível de independência e ambiental. Entretanto, não houve influência da religiosidade sobre o domínio físico. Assim, constatou-se que a religiosidade é fonte de conforto e esperança para os pacientes portadores de DRC sob regime terapêutico de HD.

Com a aplicação AUQEI, Frota et al. (2010) obtiveram resultados indicando que 61,53% das crianças possuíam boa qualidade de vida e outras 38,46% tinham a QV “prejudicada”. Os escores médios totais das crianças estudadas oscilaram de 41 a 54. As dimensões em ordem crescente pela média da pontuação foram: autonomia (14,4), função (23,8), família (27,2) e lazer (33). A análise temática encontrou as categorias: dor no momento da diálise, conflito da hospitalização, limitações da doença e tratamento, expectativa do transplante e apoio/aproximação familiar (FROTA et al., 2010).

6. DISCUSSÃO

As mensurações de qualidade de vida podem oferecer informações sobre as dimensões pessoais e sociais, assim como, medidas de insuficiência e bem-estar psicológico, que agregam a perspectiva do doente, com o foco voltado mais para a pessoa do que para a doença.

Mesmo com a melhora nos atendimentos em saúde, aumento da expectativa de vida e de sobrevivência de pacientes doentes crônicos, os avanços tecnológicos no tratamento hemodialítico e os investimentos empregados nesta área das doenças crônicas, os estudos mostram uma redução na qualidade de vida dos pacientes crônicos em hemodiálise (GUEDES; GUEDES, 2012). A presença e a influência da doença, a inevitabilidade de um tratamento longo, as limitações físicas e sociais, causam transformações na vida dos doentes em várias dimensões e que produzem sentimento de tristeza, angústia, revolta, medo.

Todos os artigos deste estudo, evidenciaram o comprometimento da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. Os estudos demonstraram que os domínios voltados para o aspecto físico foram os que receberam escores mais baixos. Isso se deve ao fato da doença interferir nas atividades diárias, no trabalho, na vida pessoal. Domínios que também apresentaram valores baixos foram os relacionados aos efeitos da doença renal, satisfação do paciente, saúde em geral e papel profissional.

Quanto aos instrumentos aplicados na avaliação da QV, o questionário SF-36, Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey, é um instrumento genérico de avaliação da QV, composto por 36 itens que avaliam as seguintes dimensões: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais

(reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar). Avalia as dimensões com escore final de 0 a 100, onde zero representa pior estado de saúde e 100 melhor estado de saúde (CASTRO, 2003).

O Kidney Disease and Quality of Life — Short Form (KDQOL-SF™) é um instrumento composto de 80 itens. O KDQOL-SF inclui o SF-36 mais 43 itens sobre doença renal crônica. O SF-36 é composto de 36 itens, divididos em oito dimensões: funcionamento físico (10 itens), limitações causadas por problemas da saúde física (quatro itens), limitações causadas por problemas da saúde emocional (três itens), funcionamento social (dois itens), saúde mental (cinco itens), dor (dois itens), vitalidade (energia/fadiga); (quatro itens), percepções da saúde geral (cinco itens) e estado de saúde atual comparado há um ano atrás (um item), que é computado à parte. A parte específica sobre doença renal inclui itens divididos em 11 dimensões: sintomas/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 cognitiva (três itens), qualidade das interações sociais (três itens), função sexual (dois itens) e sono (quatro itens); inclui também três escalas adicionais: suporte social (dois itens), estímulo da equipe da diálise (dois itens) e satisfação do paciente (um item). O item contendo uma escala variando de 0 a 10 para a avaliação da saúde em geral é computado à parte. (DUARTE et al., 2003).

O World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-bref) é um instrumento genérico de avaliação de QV que consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original, distribuídas em quatro domínios: domínio físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho), domínio psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religião/crenças pessoais), relações sociais (relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual) e meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e

habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima, transporte). Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. O desenvolvimento do WHOQOL-bref veio da necessidade de aplicação de instrumentos mais curtos, com menor tempo de preenchimento, conforme percebido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (FLECK et al., 2000).

O Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI) possibilita uma auto avaliação que utiliza o suporte de imagens para que a criança responda a cada questão, apresentando um domínio e quatro respostas, sendo representadas com o auxílio de faces que exprimem diferentes estados emocionais que correspondem a muito infeliz, infeliz, feliz e muito feliz. Esse instrumento é composto de quatro perguntas subjetivas e 26 questões objetivas que exploram as relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação, direcionadas a crianças de quatro a doze anos de idade (FROTA et al., 2010).

Essas questões/domínios exploram relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação; 18 delas contidas em quatro fatores ou dimensões, assim distribuídas. Função: questões relativas a atividades na escola, às refeições, ao deitar-se e a ida ao médico (questões 1;2;4;5;8); Família: questões relativas à opinião quanto às figuras parentais e delas quanto a si mesmas (questões 3;10;13;16;18); Lazer: questões relativas a férias, aniversário e relações com os avós (questões 11;21;25); Autonomia: questões relacionadas a independência, relação com os companheiros e avaliação (questão 15;17;19;23;24). E outras oito questões de números 6, 7, 9, 12, 14, 20, 22 e 26 detêm importância isolada, pois representam domínios separados dos demais. Para analisar, cada uma das respostas tem um escore específico 0, 1, 2, 3 que correspondem a muito infeliz, infeliz, feliz e muito feliz, respectivamente, o que possibilitou a obtenção de escore único, resultante do somatório dos escores atribuídos aos itens. Quanto maior o escore obtido, melhor a qualidade de vida da criança. Um ponto de corte abaixo de 48 (pontuação) das crianças estudadas pode ser considerado prejudicado (FROTA et al., 2010).

Os estudos que utilizaram o Medical Outcomes Study Short-Form 36 (SF-36) comprovaram que os menores escores foram os relacionados ao aspecto físico, vitalidade e aspectos emocionais. A exemplo disso, Santos et al. (2013) faz associação entre QV e estado nutricional. Neste estudo os pacientes apresentaram 19,67 de média no aspecto físico, seguido por limitação emocional (22,81) e estado geral de saúde (43,60), que é como o paciente percebe seu estado de saúde atual. Corroboram com esses dados, o artigo de Soares et al. (2011), que constatou o comprometimento de todas as dimensões avaliadas e os menores valores relacionados as limitações por aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e limitação por aspectos emocionais.

No estudo de Braga et al. (2011) com idosos, em relação as dimensões genéricas, as áreas mais afetadas foram as relacionadas ao funcionamento físico, função física e saúde em geral. Os resultados deste estudo demonstraram que, o aumento da idade e a presença de doença crônicas influenciam negativamente os escore relacionados ao componente físico.

Quanto aos estudos que utilizaram o Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-SF36) e o Disease Quality of Life - Short Form 1.3 (KDQOL-SFTM 1.3) evidenciaram que as principais dimensões afetadas foram: papel profissional, função física, sobrecarga da doença renal, dimensões energia/fadiga, saúde geral e função emocional. No artigo de Grasselli et al. (2012), o papel profissional foi a dimensão que apresentou o menor escore (22,85). De acordo com o estudo, isso se deve ao fato do paciente possuir uma relação de dependência com a máquina de hemodiálise, o que demanda tempo, afetando significativamente na possibilidade de adquirir e manter um trabalho. Domingues et al. (2014), trazem a função física com menor escore (46,88), seguida pelo papel profissional (56,25). Lopes et al. (2014) sugere que o conjunto de sintomas, somados ao cotidiano dos pacientes, geram um impacto negativo na função física, diminuindo assim, a qualidade de vida.

Fica comprovado através desses estudos, que a situação de trabalho e a sobrecarga da doença, estão associados aos sintomas físicos apresentados pela doença e pelo tratamento em si. Costa, Vasconcelos e Tassitano (2010) esclarecem que os pacientes em tratamento hemodialítico apresentam desordens que afetam os

múltiplos sistemas corpóreos, e entre eles os que se sobressaem são o sistema cardiovascular e o musculoesquelético, com sintomas como: câibras, fraqueza muscular, pele seca, dormência, e que também afetam a capacidade laboral.

Os artigos que aplicaram o WHOQOL-bref, o domínio físico foi o mais afetado, seguido pelo de meio ambiente, que envolve ambiente no lar, recursos financeiros, lazer, informações e transporte. Ferreira e Silva Filho (2011), mostraram um comparativo entre pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico sem sintomas depressivos ou mínimos (grupo A) com aqueles com sintomas depressivos leves, moderados e graves (grupo B). Neste caso específico, mesmo apresentando escore baixo no domínio físico, o grupo A apresentou resultados maiores que o grupo B. Isso demonstra que as condições que levam os pacientes aos níveis de depressão crescente, envolvem aspectos fisiológicos e psicológicos presentes no tratamento. Estes aspectos modificam a QV dos pacientes, assim como a doença em si e seu tratamento, ocasionando sintomas que alteram de forma drástica o funcionamento integral da pessoa.

Corroborando os dados anteriores, no estudo de Takemoto et al. (2011), o escore mais baixo foi no domínio físico (49,46), seguido pelo meio-ambiente (53,67). Os sinais de deterioração musculoesquelética, os frequentes sintomas e relatos de falta de energia e fadiga, são condições que justificaram a redução do escore na dimensão física. Reis et al. (2014) indicam que a QV dos pacientes em hemodiálise, está relacionada ao grau de dependência do tratamento e que a doença crônica, a necessidade de um tratamento contínuo por tempo indeterminado, a idade avançada e presença de comorbidades integram fatores indispensáveis na determinação da qualidade de vida dessa população.

Com relação ao Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI), o artigo de Frota et al (2010) com crianças mostrou que a dimensão mais prejudicada foi a autonomia, uma vez que a doença e o tratamento trazem limitações ao cotidiano da criança, no ato de brincar, estudar e na sua convivência com outras crianças. Nas perguntas subjetivas surgiram as categorias: dor durante o tratamento: no qual a criança passa por diversos procedimentos dolorosos como a punção venosa, mudança de cateter, dor pela enfermidade; conflito da hospitalização: o

ambiente hospitalar é diferente da casa da criança, o acesso dos familiares a criança é restrito, há uma suspensão do seu cotidiano por causa da internação, dentre outros fatores que tornam a internação uma fase estressante para a criança; limitação da doença e do tratamento: é interrompido todo o cotidiano da criança fora do hospital, seja o ato de brincar, a escola, os colegas de condomínio, tudo isso é suspenso. Quanto ao transplante, a maioria das crianças demonstraram grande expectativa, sendo considerado a ponte para uma vida normal (Frota et al, 2010).

Em suma, os estudos mesmo com instrumentos diferentes, demonstraram que no geral, a qualidade de vida dos pacientes submetidos a hemodiálise obteve prejuízos importantes, principalmente com relação ao domínio físico, as questões de trabalho e de saúde em geral.

A maioria dos trabalhos fizeram uma correlação negativa entre a idade e a capacidade funcional. Nos pacientes da terceira idade a capacidade funcional sofre uma redução fisiológica e as atividades do cotidiano se tornam mais difíceis somado a isso, após as sessões de HD os pacientes podem sentir prostração causando a inaptidão para atividades que exigem esforço físico (GRASSELLI et al., 2012). Silva et al. (2011), sugere que com o avançar do tempo a insuficiência renal progride e os sintomas passam a interferir mais nas atividades diárias, influenciando a qualidade de vida.

Já em pacientes mais jovens, as maiores queixas estão relacionadas ao trabalho, uma vez que é difícil manter um emprego formal com a rotina de tratamentos e as limitações impostas pela doença, precisando muitas vezes de ajuda financeira, mesmo recebendo a aposentadoria que é muitas vezes, considerada uma condição imposta pela doença.

Alguns artigos, apontaram que, quanto maior o tempo em tratamento, menor serão os escores relacionados as atividades cotidianas. Isso demonstra que as atividades que terão de ser abandonadas durante o tratamento, os colegas de hemodiálise que morrem durante o processo, as perdas enfrentadas pelo doente durante o tempo de tratamento, influenciam de forma negativa sua qualidade de vida. Em contrapartida, outros demonstraram que quanto mais prolongado for o tratamento, maiores estratégias serão desenvolvidas pelo paciente para encarar a

doença, o que influencia de forma positiva na sua qualidade de vida (NEPOMUCENO et al., 2014).

Outro ponto de influencia na qualidade de vida apresentado nos artigos é a escolaridade. Os estudos sugeriram que quanto maior a escolaridade, maior é o acesso a informações e melhor a condição econômica, desenvolvendo-se assim, atividades que exigem menor esforço físico, causando menor impacto da doença nas suas atividades, além de refletir de que modo as informações são recebidas, o que acarreta em maior adesão ao tratamento (CAVALCANTE et al., 2013).

Como demonstrado no Censo Brasileiro de Diálise de 2013 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013) os estudos também mostraram que, a maioria dos pacientes em tratamento dialítico é do sexo masculino. Porém, poucos estudos como o de Braga et al. (2011) fizeram correlação entre sexo feminino e masculino.

Outra condição importante são as comorbidades, definidas como doenças que se somam a DRC, que podem afetar outros órgãos além dos rins. O Censo de 2013 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013) mostra que, as principais doenças são: diabetes e hipertensão, e os artigos mostraram que a presença de outras doenças associadas a DRC, ajudam na diminuição dos níveis de qualidade de vida. A hipertensão é reconhecidamente a doença que mais influencia na progressão da lesão renal, devido as micro lesões causadas pelo níveis pressóricos elevados. Já o diabetes, tem como complicação, a nefropatia diabética que também causa lesões de pequenos vasos sanguíneos decorrente da elevação crônica dos níveis de glicose no sangue.

7. CONCLUSÕES

A expressão qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) é definida como o valor imputado a vida, atentado às deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais inferidas pela doença, agravos à saúde, tratamentos e pela estrutura política e econômica do sistema assistencial.

A doença renal crônica terminal reduz consideravelmente o desempenho físico e profissional do paciente, levando a um impacto negativo sobre sua percepção da própria saúde e afetando os níveis de vitalidade, o que pode limitar as interações sociais e causar problemas relacionados à saúde mental.

O domínio físico e a capacidade funcional são os mais influenciados pela doença e pela terapia hemodialítica, o que favorece o sedentarismo refletindo assim na qualidade de vida do doente. O tratamento é visto ao mesmo tempo como um fator limitador da qualidade de vida, por causar modificações e limitações, e como potencializador, uma vez que melhora as condições de saúde do paciente frente a doença.

Vale ressaltar a importância de estudos dirigidos para os aspectos físicos, sociais, mentais e econômicos desses pacientes, pretendendo uma melhor visão dos aspectos que influenciam a Qualidade de Vida e medidas que podem ser adotadas para a redução ou retardo do aparecimento da doença, amenizando assim as repercussões sob a vida desses pacientes, tendo como exemplo o manejo adequado das doenças crônicas de base que dão origem a doença renal crônica como hipertensão arterial e diabetes melitus, assim como critérios de promoção à saúde como, o combate ao tabagismo, ao etilismo, ao sedentarismo e a obesidade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Isabella Schroeder; SANTOS, Claudia Benedita. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 95-100, 2013.
- BARBOSA, Dulce Aparecida et al. Co-morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 304-309, 2006.
- BARBOSA, Luciana Mendonça Moraes; ANDRADE JÚNIOR, Manoel Pacheco; BASTOS, Kleyton de Andrade. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 222-229, 2007.
- BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.
- BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. 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.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.
- BRAGA, Sonia Faria Mendes et al. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1127-1136, 2011.
- CASTRO, Mônica de et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003.
- CAVALCANTE, Milady Cutrim Vieira et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 79-86, 2013.

- CHAVES, Sílvia Tavares et. al. Fisioterapia transdiálise em doentes renais crônicos. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 71-77, 2011.
- CHERCHIGLIA, Mariangela Leal et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 639-649, 2010.
- COSTA, Patrícia Bezerra da; VASCONCELOS, Karla Fabiana da Silva; TASSITANO, Rafael Miranda. Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 461-471, 2010.
- CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012.
- DUARTE, Priscila Silveira et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003.
- FAYER, Ana Amélia Martinez. **Repercussões psicológicas da doença renal crônica**: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico após ou sem seguimento nefrológico prévio. 2010. 145 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- FERREIRA, Ricardo Corrêa; SILVA FILHO, Carlos Rodrigues da. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 129-135, 2011.
- FLECK, Marcelo PA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- FRAZÃO, Cecília Maria Farias de Queiroz; RAMOS, Vânia Pinheiro; LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 577-572, 2011.

- FROTA, Mirna Albuquerque et al.. Qualidade de vida da criança com insuficiência renal crônica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 527-533, 2010.
- GANONG, Lawrence H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health.** v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.
- GORDIA, Alex Pinheiro et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **R. Bras. Qual. Vida**, Ponta Grossa, v. 3, n.1, p. 40-52, 2011.
- GRASSELLI, Cristiane da Silva Marciano et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 503-507, 2012.
- GUEDES, Karine Desirée; GUEDES, Helisamara Mota. Qualidade de vida do portador de insuficiência renal crônica. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v.5, n.1, p. 48-53, jan./jun. 2012.
- GUERRA-GUERRERO, Verónica; SANHUEZA-ALVARADO, Olivia; CACERES-ESPINA, Mirtha. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sócio demográficas, médico-clínicas e de laboratório. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 838-846, 2012.
- HIGA, Karina et al . Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. spe, p. 203-206, 2008 .
- LINARDI, Fábio et al. Programa de melhoria continuada em acesso vascular para hemodiálise. **J. Vasc. Br.**, Porto Alegre, v. 3, n. 3, p.191-196, 2004.
- LOPES, Jéssica Maria et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2014.
- MADALOSSO, Fernanda Dellê; MARIOTTI, Milton Carlos. Terapia Ocupacional e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 511-520, 2013.

- MARTINEZ, Beatriz Bertolaccini et al. Associação entre exercício físico e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Rev Med (São Paulo)**, São Paulo, v. 90, n. 1, p. 52-57, 2011.
- MARTINS, Marielza R. Ismael; CESARINO, Claudia Bernardi. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MORTARI, Daiana Moreira et al. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. **Sci. Med.**, v. 20, n. 2, p. 156-160, 2010.
- NAHAS, Markus Vinícius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 5. ed. Londrina: Midiograf, 2010. 318p.
- NASCIMENTO, Cristiano Dias; MARQUES, Isaac R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 719-722, 2005 .
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 39, supl. 1, p. S1-266, 2002.
- NEPOMUCENO, Fabio Correia Lima et al. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 119-128, 2014.
- PADULLA, Susimary Aparecida Trevizan et al. Fisioterapia pode influenciar na qualidade de vida de indivíduos em hemodiálise? **Cienc. Cuid. Saude**, v. 10, n.3, p. 564-570, 2011.

- PARCIAS, Sílvia Rosane et al. Qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 24, n. 1, p. 16-20, 2014.
- REIS, Nianca Manzan et. al. Qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **ConScientiae Saúde**, v. 13, n.4, p. 578-585, 2014.
- RIBEIRO, Ronaldo et al. Efeito do exercício resistido intradialítico em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 35, n. 1, p. 13-19, Mar. 2013.
- ROCHA, Elizabeth Rocha e; MAGALHAES, Silvia Mourão; LIMA, Vanessa Pereira de. Repercussão de um protocolo fisioterapêutico intradialítico na funcionalidade pulmonar, força de preensão manual e qualidade de vida de pacientes renais crônicos. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 359-371, 2010.
- SANTOS, Ana Carolina Bonelá dos et al. Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 279-288, 2013.
- SANTOS, Gabriel Domingues et. al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. **Diagn. Tratamento**, v. 19, n. 1, p. 3-9, 2014.
- SILVA, Gabriella Escobar et al. Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados – MS. **Psicol. Inf.**, São Paulo, v. 15, n. 15, p. 99-110, 2011.
- SILVA, Saulo Freitas da et al. Fisioterapia durante a hemodiálise de pacientes com doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 170-176, 2013.
- SILVEIRA, Cíntia Botelho et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém - Pará. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 39-44, 2010.

- SOARES, Karoline Teles de Araújo et al. Eficácia de um protocolo de exercícios físicos em pacientes com insuficiência renal crônica, durante o tratamento de hemodiálise, avaliada pelo SF-36. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 24, n. 1, p. 133-140, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de Diálise 2013. São Paulo. 2013. Disponível em: < http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2013-14-05.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. S1-49, 2004.
- SOUSA, Milena Nunes Alves de; SARMENTO, Thyara Carla; ALCHIERI, João Carlos. Estudo quantitativo sobre a qualidade de vida de pacientes hemodialíticos da Paraíba, Brasil. **Revista CES Psicologia**, v. 4, n. 2, p. 1-14, 2011.
- TAKEMOTO, Angélica Yukari et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 256-262, 2011.
- THOMAS, Caroline Venzon; ALCHIERI, João Carlos. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 67-64, 2005.
- VANELLI, Chislene Pereira; FREITAS, Elaine Barbeta. Qualidade de vida de pacientes em clínica de hemodiálise em uma cidade brasileira de médio porte. **HU rev.**, Juiz de Fora, v. 37, n. 4, p. 457-462, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, p.403-409, 1995.