

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NADABY MARIA DE JESUS

**QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM
TRATAMENTO DIALÍTICO**

UBERLÂNDIA

2018

NADABY MARIA DE JESUS

**QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM
TRATAMENTO DIALÍTICO**

Trabalho de conclusão de curso a ser apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

Orientador: Prof^ª Dra Cristiane Martins Cunha
Co-orientador: Omar Pereira de Almeida Neto

UBERLÂNDIA
2018

NADABY MARIA DE JESUS

**QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM
TRATAMENTO DIALÍTICO**

Trabalho de conclusão de curso a ser
apresentado à banca examinadora como
requisito parcial para obtenção do título de
graduação em enfermagem pela Universidade
Federal de Uberlândia.

Orientador: Prof^ª Dra Cristiane Martins Cunha
Co-orientador: Omar Pereira de Almeida Neto

Uberlândia, 04 de julho de 2018.

Banca examinadora

(Prof^ª Dra Cristiane Martins Cunha)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente á Deus, pela misericórdia, pelo seu amor incondicional, pelo presente da vida, e por ter me dado forças para ter chegado até aqui.

A minha mãe, que sempre foi meu exemplo de fé e perseverança, como também em não medir esforços para realizar os meus sonhos.

Ao meu padrasto Ivan pelo amor incondicional e constante incentivo.

A minha avó Railda, que sempre acreditou em mim, meu porto seguro em momentos de aflições.

Ao meu noivo Gabriel Felipe, que fez com que eu acreditasse nas minhas capacidades embora não percebidas, em alçar vôos que sem seu estímulo e incentivo jamais eu seria capaz de tentar.

Aos meus irmãos Islany e João Pedro minhas fontes de alegria e inspiração.

Aos meus amigos Fernanda, Gracielly, Estephani, Amanda, Andréa, Sabrina e Willian que estiveram juntamente nessa caminhada.

A minha orientadora Cristiane pela orientação, apoio, paciência, disponibilidade, e sempre compartilhar todo seu conhecimento.

Ao Clesnan e Omar pela contribuição e apoio nesse trabalho.

A Deusdélia e Vanessa pela disposição e apoio em ajudar durante a coleta de dados.

Aos participantes que dividiram suas histórias comigo.

E por fim, a todos aqueles que de alguma forma estiveram presentes na minha formação, meu muito obrigada!

“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes.

Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objetivo singular, um amigo é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoa, é mais preciso ainda!”

(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

JESUS, N. M. de. **Qualidade de vida em indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico.** 2018. 57f. Trabalho de conclusão de curso. Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Uberlândia, MG.

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é responsável por inúmeras repercussões negativas nos aspectos físicos e biopsicossociais da qualidade de vida de seus portadores. E o tratamento dialítico intensifica esse impacto. **Objetivos:** Mensurar a qualidade de vida de indivíduos com DRC; comparar se há diferença estatística dos escores de qualidade de vida (QV), entre pacientes com DRC em relação a um grupo normativo e identificar quais os determinantes sociais, demográficos e clínicos estão associados a melhor QV entre esses grupos. **Método:** Estudo transversal, de caráter analítico e descritivo, de abordagem quantitativa e que foi aprovado pelo Comitê de Ética local. Realizado em uma instituição pública e uma clínica privada de hemodiálise, em um município do interior de Minas Gerais. Houve duas categorias de participantes, um grupo de estudo (pacientes com DRC, em hemodiálise) e um grupo normativo (população geral). Foram aplicados os questionários de caracterização sócio-demográfica e clínica, e o WHOQOL-Bref. Utilizamos testes estatísticos conforme as variáveis de interesse. Adotamos índice de significância de 0,05. **Resultados:** No grupo de estudo, houve predominância de homens (59%), nível educacional de ensino médio incompleto (68%) e 55% referiram não ter companheiro conjugal. A maioria (53%) era de instituição privada e 57% referiram ter apresentado algum tipo de complicação. As variáveis idade, estado civil e escolaridade foram diferentes entre os grupos ($p < 0,05$). Os resultados do Whoqol-Bref mostraram que apenas os domínios físico e psicológico foram diferentes entre os grupos ($p < 0,05$). Na comparação entre os dois grupos, das variáveis que mais interferiram com a QV foram: fumar (domínio “percepção de qualidade de vida”) ($Bi = -0,4061$; $p = 0,032$); fazer hemodiálise (domínio “satisfação com a saúde”) ($Bi = -0,3029$; $p = 0,034$); fazer hemodiálise ($Bi = -14,07$ e $p = < 0,001$) (“domínio físico”); fazer hemodiálise (“domínio psicológico”) ($Bi = -5,26$ e $p = 0,025$); viver conjugalmente com outra pessoa (no domínio “relações sociais”) ($Bi = 5,22$ e $p = 0,041$); ter maior escolaridade ($Bi = 5,4504$; $p = 0,011$) e renda ($Bi = 0,0016$; $p = 0,018$) (no domínio “Meio Ambiente”). E as variáveis que mais interferiram com a QV no grupo de hemodiálise foram: ter companheiro conjugal ($Bi = 0,379$; $p = 0,042$), renda ($Bi = 0$; $p = 0,006$), fazer hemodiálise no serviço público ($Bi = -0,513$; $p = 0,007$) e fumar ($Bi = -0,527$; $p = 0,039$) (domínio “percepção de qualidade de vida”); fazer hemodiálise em serviço público (domínio “satisfação com a saúde”) ($Bi = -0,626$; $p = 0,003$); comorbidades ($Bi = -3,951$; $p = 0,019$), fazer hemodiálise em serviço público ($Bi = -7,024$; $p = 0,044$), escolaridade ($Bi = 10,391$; $p = 0,01$), idade ($Bi = 0,23$; $p = 0,05$), número pessoas na residência ($Bi = 2,292$; $p = 0,036$) e tempo de sessão da hemodiálise ($Bi = 0,222$; $p = 0,002$) (“domínio físico”); escolaridade ($Bi = 12,368$; $p = 0,001$), renda ($Bi = -4,166$; $p = 0,002$) e fazer hemodiálise em serviço público ($Bi = -11,0$; $p = 0,001$) (“domínio psicológico”); idade ($Bi = 0,286$; $p = 0,02$) e tempo das sessões de hemodiálise ($Bi = 0,291$; $p = < 0,001$) (“relações sociais”); escolaridade ($Bi = 11,302$; $p = 0,001$), idade ($Bi = 0,367$; $p = < 0,001$) e tempo das sessões de hemodiálise ($Bi = 0,117$; $p = 0,039$) (domínio “meio ambiente”). **Conclusão:** O escore total do Whoqol do grupo de pacientes com DRC, em hemodiálise, foram significativamente menores comparado ao grupo normativo. Várias variáveis sociais e demográficas influenciam, tanto positivamente como negativamente, nas pontuações da QV e devem ser consideradas na avaliação clínica desses pacientes.

Descritores: Qualidade de vida. Insuficiência Renal Crônica. Diálise Renal.

ABSTRACT

JESUS, N. M. de. **Quality of life in individuals with chronic renal disease under dialysis.** 2018. 57f. Completion of course work. Graduation in Nursing of the Faculty of Medicine. Federal University of Uberlândia, MG.

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) is responsible for numerous negative repercussions on the physical and biopsychosocial aspects of the quality of life of its patients. And the dialysis treatment intensifies this impact. **Objectives:** To measure the quality of life of individuals with CKD; to compare whether there is a statistical difference between QoL in patients with CKD in relation to a normative group and to identify which social, demographic and clinical determinants are associated with the best QoL between these groups. **Method:** A cross-sectional, analytical and descriptive study, with a quantitative approach and approved by the local Ethics Committee. Performed in a public institution and a private hemodialysis clinic, in a municipality in the interior of Minas Gerais. There were two categories of participants, one study group (patients with CKD on hemodialysis) and one normative group (general population). The sociodemographic and clinical characterization questionnaires and WHOQOL-Bref were applied. We used statistical tests according to the variables of interest. We adopted a significance level of 0.05. **Results:** In the study group, there was a predominance of men (59%), incomplete high school education level (68%) and 55% said they did not have a married partner. The majority (53%) were from a private institution and 57% reported having some kind of complication. The variables age, marital status and schooling were different between groups ($p < 0.05$). The results of the Whoqol-Bref study showed that only the physical and psychological domains were different between groups ($p < 0.05$). The total QOL score of the hemodialysis group was 57.14 and the normative group was 71.43 ($p < 0.001$). In the comparison between the two groups, the variables that most interfered with QOL were: smoking (domain "perception of quality of life") ($Bi = -0.4061$; $p = 0.032$); to perform hemodialysis (domain "satisfaction with health") ($Bi = -0.3029$, $p = 0.034$); hemodialysis ($Bi = -14.07$ and $p = < 0.001$) ("physical domain"); hemodialysis ("psychological domain") ($Bi = -5.26$ and $p = 0.025$); living together with another person (in the domain "social relations") ($Bi = 5.22$ and $p = 0.041$); ($Bi = 5.4504$, $p = 0.011$) and income ($Bi = 0.0016$, $p = 0.018$) (in the "Environment" domain). The variables that most interfered with the QOL in the hemodialysis group were: having a conjugal partner ($Bi = 0.379$, $p = 0.042$), income ($Bi = 0$, $p = 0.006$), doing hemodialysis in the public service ($Bi = -0.513$; $p = 0.007$) and smoking ($Bi = -0.527$; $p = 0.039$) (domain "perception of quality of life"); to perform hemodialysis in public service (domain "satisfaction with health") ($Bi = -0.626$; $p = 0.003$); ($Bi = -3.951$, $p = 0.019$), hemodialysis in public service ($Bi = -7.024$, $p = 0.044$), schooling ($Bi = 10.391$, $p = 0.01$), age ($Bi = 0.23$; $p = 0.05$), number of people in the residence ($Bi = 2.292$, $p = 0.036$) and hemodialysis session time ($Bi = 0.222$, $p = 0.002$) ("physical domain"); ($Bi = 12.368$, $p = 0.001$), income ($Bi = -4.166$, $p = 0.002$) and hemodialysis in public service ($Bi = -11.0$, $p = 0.001$) ("psychological domain"); age ($Bi = 0.286$, $p = 0.02$) and time of hemodialysis sessions ($Bi = 0.291$; $p = < 0.001$) ("social relationships"); ($Bi = 11.302$, $p = 0.001$), age ($Bi = 0.367$, $p = < 0.001$) and time of hemodialysis sessions ($Bi = 0.117$; $p = 0.039$) (environment domain). **Conclusion:** The total WHOQol score of the group of patients with CKD on hemodialysis were significantly lower compared to the normative group. Several social and demographic variables influence, both positively and negatively, on the QoL scores and should be considered in the clinical evaluation of these patients.

Keywords: Quality of life. Chronic Renal Insufficiency. Renal Dialysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil social e demográfico dos indivíduos com doença renal crônica e a população normativa.....	28
Tabela 2 -	Comparação entre os escores dos domínios do instrumento Whoqol-Bref obtidos de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico e o grupo normativo.....	30
Tabela 3 -	Resultados da análise de regressão linear nos domínios do questionário Whoqol-bref em pacientes com doença renal crônica (em hemodiálise) e a população normativa.....	32
Tabela 4 -	Resultados da análise de regressão linear nos domínios do questionário Whoqol-bref em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DF	Domínio físico
DMA	Domínio meio ambiente
DP	Domínio psicológico
DRC	Doença renal crônica
DRS	Domínio das relações sociais
GE	Grupo de estudo
GN	Grupo normativa
HD	Hemodiálise
INSS	Instituto Nacional Seguro Social
KDOQI	Kidney Disease Outcome Quality Initiative
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
RQ1	Percepção de Qualidade de Vida
RQ2	Satisfação com a saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SF 36	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TFG	Taxa de filtração glomerular
TRS	Terapia renal substitutiva
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
WHOQOL-BREF	Versão Abreviada do World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Referencial Teórico.....	14
1.1.1	<i>Doença Renal Crônica.....</i>	<i>14</i>
1.1.2	<i>Terapia Renal Substitutiva.....</i>	<i>15</i>
1.1.3	<i>Impactos Multifatoriais Advindos da DRC.....</i>	<i>15</i>
1.1.4	<i>Qualidade de Vida.....</i>	<i>16</i>
1.1.5	<i>Instrumentos Psicométricos.....</i>	<i>17</i>
2	JUSTIFICATIVA.....	20
3	OBJETIVOS.....	21
4	MATERIAL E METODO.....	22
4.1	Delineamento do estudo e Local.....	22
4.2	Populações / Participantes.....	22
4.3	Procedimentos para coleta de dados.....	23
4.4	Descrição dos instrumentos de coleta de dados.....	24
4.4.1	<i>Instrumentos para caracterização social, demográfica e clínica.....</i>	<i>24</i>
4.5	WHOQOL-BREF.....	25
4.6	Processamento e análise dos dados.....	25
5	RESULTADOS.....	27
5.1	Resultados relacionados aos participantes do estudo.....	27
5.2	Caracterização social e demográfica dos participantes.....	27
5.3	Resultados da avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-BREF.....	30
5.4	Resultados relacionados à análise multivariada dos dados.....	30
6	DISCUSSÃO.....	36
7	CONCLUSÕES.....	47
	REFERÊNCIAS.....	48

APÊNDICES.....	58
ANEXOS.....	61

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) tem se tornado um importante agravo na saúde pública devido sua elevada morbimortalidade e também por repercutir em mudanças que impactam negativamente a qualidade de vida, tanto de seus portadores como de seus familiares (NEPOMUCENO et al., 2014; RIBEIRO, 2016). De acordo com um estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em julho de 2016, o número estimado de pessoas no Brasil que estavam em tratamento da DRC era em torno de 122.825 (MARINHO et al., 2018).

Mundialmente, a incidência da DRC tem aumentado significativamente, atingindo índices entre 5 a 10% da população. Isso tem ocorrido em decorrência do aumento da longevidade, e de comorbidades tais como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (SESSO; GORDON, 2007). Esta alta incidência e prevalência da DRC têm dispensado grande impacto financeiro aos serviços públicos de saúde (SILVA et al., 2011).

A Doença Renal Crônica é definida como uma lesão renal que ocorre de maneira progressiva e irreversível e que leva ao comprometimento adequado do funcionamento dos rins (OLIVEIRA et al., 2016). É classificada em cinco estágios, cujo primeiro caracteriza-se pela ausência de lesão. Já o estágio mais avançado é caracterizado pela sua insuficiência, sendo denominado de Doença Renal Crônica (MORTARI et al., 2010). Nessa condição adota-se como tratamento o transplante renal, ou a terapia de substituição renal, as quais podem ser a diálise peritoneal, ou a hemodiálise (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013).

A hemodiálise, denominada como uma das modalidades da terapia renal substitutiva (TRS) tem o objetivo a manutenção da vida, e atualmente é o método de tratamento mais utilizado (MADEIRO et al., 2010). Sendo assim, os portadores de DRC dependem dessa tecnologia avançada para sobreviverem (MARTINS; CESARINO, 2004; RIBEIRO et al., 2013).

Na hemodiálise são retiradas as substâncias tóxicas e o excesso de líquido do organismo (SANTOS et al., 2015). Graças aos avanços tecnológicos, há disponíveis equipamentos de hemodiálise altamente qualificados, permitindo melhores resultados clínicos e com menores riscos (BIBIANO; SOUZA; SILVA, 2014). Apesar das indiscutíveis vantagens da TRS, ela e a própria DRC podem acarretar grandes repercussões negativas na vida de seu portador, as quais levam ao comprometimento do bem estar físico mental e psicossocial do indivíduo (MATTOS; MARUYAMA, 2010).

O impacto da DRC na vida da pessoa é multifatorial, tanto nos aspectos físicos, como

mentais, sociais e psicológicos. Além de gerar variados impactos negativos na vida da pessoa, a DRC e seu tratamento exigem mudanças significativas nos hábitos e na rotina, incluindo o uso contínuo de medicações, restrições hídricas, afastamento do trabalho (RIBEIRO et al., 2013), limitações físicas, nutricionais, de convívio social e familiar (HIGA et al., 2008), além da dependência de acompanhamento clínico ambulatorial constante, que são outras exigências impostas pelo tratamento (DYNIEWICZ; ZANELA; KOBUS, 2006) e que geram uma experiência bastante dolorosa e angustiante (HIGA et al., 2008). Também se verifica que esse tratamento provoca alterações químicas (neurológicas e hormonais), responsáveis pela ocorrência de declínio sexual, conflitos existenciais e angústia espiritual que, por sua vez, agrava os sintomas físicos, emocionais e o com isso interfere na qualidade de vida (GRANT et al., 2004; RODRIGUES et al., 2011).

As repercussões físicas são evidentes e afetam tanto o sistema cardiovascular, quanto o músculo-esquelético, gerando fraqueza e câimbras musculares que interferem no desempenho das atividades de vida diária (REBOREDTO et al., 2007). Já do ponto de vista da autoimagem, observam-se importantes modificações na imagem corporal que podem ser apresentadas, por exemplo, pelo uso de cateteres, aneurismas de fístulas arteriovenosas e cicatrizes cirúrgicas que levam à diminuição do autoestima (AFONSO; MACEIRAS, 2012).

Diante de tantos impactos na vida do indivíduo, torna-se relevante e desejável a avaliação da sua qualidade de vida (QV), pois, a vivência com a cronicidade da doença exige um processo de adaptação com as muitas mudanças repentinas que desafiam a percepção que o indivíduo tem de si, das suas capacidades e do seu meio (FARIAS; MARTINS, 2016).

A avaliação da QV tem contribuído para as práticas assistências, políticas públicas, e principalmente nos quesitos da promoção da saúde e prevenção de doenças (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2014). Diante dessa situação alarmante das doenças crônicas, o sistema de saúde tem voltado em aplicar alternativas que priorizam o autocuidado, a mudança de comportamentos, a adaptação a novos estilos de vida saudáveis, na busca da adesão aos tratamentos propostos, a fim de alcançar melhores resultados em saúde (ALMEIDA et al., 2017).

No âmbito da saúde pública mundial, tem sido indispensável a participação ativa do indivíduo na estratégias de melhoria da sua saúde. E as novas tendências de atenção à cronicidade envolvem a busca da participação ativa do indivíduo no seu autocuidado, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida (HUEPPE; LANGBRANDTNER; RASPE, 2014). Para isso, é imprescindível a participação do profissional de saúde, no sentido de motivar o indivíduo (PENA 2012; BERARDINELL et al., 2014) e de perceber os aspectos

comprometidos da vida desse paciente, a fim de buscar estratégias de auxílio.

Estudos têm demonstrado que essas práticas implicam em melhorias no estado de saúde, nos comportamentos, na redução do índice de hospitalizações e dos custos em saúde. Além disso, permite que os indivíduos se sintam melhor e vivam mais plenamente a vida cotidiana (WAGNER; AUSTIN; VON KORFF, 1996), sintam menos dor e incapacidade (CONLEY; REDEKER, 2016). Tudo isso, são indicadores de boa qualidade de vida e os profissionais da saúde podem viabilizar para seus pacientes.

1.1. Referencial Teórico

1.1.1. Doença Renal Crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) é a deterioração progressiva e irreversível da função renal, que resulta em um quadro de uremia, onde os rins tornam-se incapazes de manter o equilíbrio hidroeletrolítico e metabólico do organismo (OLIVEIRA et al., 2016; RIBEIRO, 2016).

Os rins são órgãos indispensáveis para a manutenção da homeostase, sendo assim, situações que diminuem a sua função resultam também em comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). Entre as principais causas da DRC se destacam a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e as Glomerulonefrites (RIBEIRO et al., 2013). As glomerulonefrites podem ocorrer em decorrência da obstrução do trato urinário, do lúpus eritematoso sistêmico, de lesões renais hereditárias (como o rim policístico), efeito de medicamentos, agentes tóxicos e ocupacionais e de infecções (GONÇALVES et al., 2015).

A *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (KDOQI) define a DRC em três componentes: Um componente anatômico ou estrutural (por exemplo os marcadores de dano renal), um componente funcional (baseado na taxa de filtração glomerular - TFG) e o componente temporal (MELO et al., 2015).

E, baseando-se nesses componentes, a DRC também pode ser descrita em cinco estágios, de acordo com a taxa de filtração glomerular: 1- TFG normal, 2- há leve redução da TFG (entre 60 a 89 ml/min), 3- há a redução de leve a moderada da TFG (entre 45 a 59 ml/min) ou uma redução de moderada a grave da TFG (entre 30 a 44 ml/min), 4- há a redução considerável e grave da TFG (entre 15 a 29 ml/min), 5- há falência renal com TFG menor que 15 ml/min (MARINHO et al., 2017; ROCHA, 2017).

A DRC é uma doença assintomática e com manifestação tardia (geralmente quando os rins já perderam aproximadamente 80% da sua função). Essa condição já é considerada irreversível, tornando-se necessário realizar a terapia renal substitutiva, as quais apresentam as modalidades de (hemodiálise e diálise peritoneal), ou transplante renal (MELO et al., 2015). Apesar de dispor de grandes recursos tecnológicos, a terapia renal substitutiva não possui caráter curativo, pois ela atua substituindo parcialmente a função renal, com o objetivo de minimizar os sintomas da doença e preservar a vida do paciente, aumentando sua sobrevida (BEZERRA et al., 2012).

1.1.2 Terapia Renal Substitutiva

A hemodiálise (HD) é uma terapia onde ocorre o processo de filtração e depuração do sangue, por meio de um capilar, o qual é responsável por eliminar os produtos de degradação do metabolismo e os líquidos corporais em excesso (MARINHO et al., 2018). O tempo para cada sessão de hemodiálise é determinado de acordo com a prescrição do médico nefrologista levando em consideração o quadro clínico de cada paciente. Cada sessão pode variar de 3 a 5 horas e sua prescrição ocorre geralmente de 2 a 4 vezes por semana, podendo ser, até mesmo, diariamente (BRASIL, 2015).

A diálise peritoneal é realizada com auxílio de um equipamento portátil do qual exerce a função de depuração de toxinas urêmicas e extrarrenais, a partir de um cateter inserido na cavidade peritoneal, onde se tem acesso ao peritônio do paciente (ROCHA, 2017).

O transplante renal consiste em um procedimento cirúrgico onde ocorre a transferência do rim saudável para o indivíduo portador da doença renal crônica. Essa transferência pode ocorrer de um doador vivo ou cadáver, e requer a compatibilidade entre os tecidos, que é obtida a partir da tipagem dos antígenos de leucócitos humanos (HLA) (LUCENA et al., 2013). Após o transplante são exigidas ações cruciais tais como o uso de medicamentos imunossupressores e o acompanhamento ambulatorial (MENDONÇA et al., 2014).

1.1.3 Impactos físico, emocionais e sociais da Doença Renal Crônica na vida do paciente

Ao descobrir que é portador da DRC, o indivíduo sofre um desequilíbrio psicoemocional intenso, pois percebe que há uma ameaça no seu percurso de vida (WEISSEHEIMER, 2013). A experiência de receber o diagnóstico é considerada pelos pacientes como um dos momentos mais difíceis, pois são vivenciados sentimentos, como a

angústia, medo do desconhecido e da morte (RIBEIRO et al., 2013). Outros sentimentos apontados pelos pacientes durante o diagnóstico é o medo do prognóstico (tratamento paliativo sem possibilidade de cura ou melhora imediata), de evolução progressiva e das limitações impostas pelo tratamento, tais como as restrições alimentares, a polifarmácia e a dependência de um acompanhamento especializado (ALMEIDA et al., 2017).

A maneira como o indivíduo enfrenta o tratamento hemodialítico pode ser influenciada pelo suporte psicológico que recebeu, mas também pelo significado que o indivíduo atribui à doença, e dos mecanismos de adaptação gerados a partir do processo de negação ou aceitação individuais (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

Em geral, os pacientes renais crônicos passam a compreender a vida com inúmeras limitações, como a inviabilidade de trabalhar, viajar e de praticar exercícios físicos (MACHADO; PINHATI, 2014). O deslocamento diário ou semanal para hospitais e centros de hemodiálise, a queda dos níveis de vitalidade e a limitação para a realização das atividades da vida diária (OLIVEIRA et al., 2008) e a alteração da imagem corporal (AFONSO; MACEIRAS, 2012).

Ao se depararem com todas essas restrições, os portadores da DRC se sentem ansiosos e com medo, por não poderem levar o mesmo estilo de vida que possuíam antes da DRC. Esse novo estilo de vida pode provocar uma redução da autoestima e possivelmente a não adesão ao tratamento, agravando seu quadro clínico (MADEIRO et al., 2010). Todo esse cenário é um ambiente propício ao desenvolvimento de transtornos depressivos, disfunção sexual e dificuldades relacionadas à ocupação e reabilitação, e que impacta diretamente na sua qualidade de vida (BOTTI et al., 2009).

1.1.4 Qualidade de Vida

A qualidade de vida (QV) é um conceito multidimensional que inclui as repercussões nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais e não somente em ausência de doença e enfermidade (OLIVEIRA et al., 2016). Ela compreende os aspectos subjetivos das esferas do bem-estar físico, mental, desempenho no trabalho e participação social (MACHADO; PINHATI, 2014), sendo resultado da multiplicidade de fatores interligados, tais como saúde, alimentação, ambiente, moradia, recursos econômicos, salário, trabalho, relacionamentos, lazer, fatores de satisfação psicológica, autoestima, identidade, espiritualidade dentre outros (COSTA et al., 2016).

Os estudos sobre a qualidade de vida tiveram início nos anos de 1948 após a

Organização Mundial da Saúde (OMS) ter definido o conceito de saúde, onde foi descrita não apenas a ausência de doença, mas o bem estar físico, mental e social (ZANEI, 2006). A OMS definiu a qualidade de vida como sendo a percepção que o indivíduo possui sobre seu papel na vida e na sociedade onde ele vive, considerando suas expectativas, crenças e aflições (THE WORLD HEALTH, 1995).

Em 1970 a qualidade de vida passou a ser estudada por cientistas sociais e do comportamento. Desde então, o conceito de QV tem surgido e se tornado um assunto de suma importância, levando as ciências humanas e biológicas a considerarem todo o contexto que compõe o indivíduo, e não somente o controle de sintomas ou comportamentos (OLIVEIRA GOUVEIA, et al., 2017).

Com a descoberta dos aspectos multifatoriais e sua relação com o processo saúde, doença e cuidado, o conceito de QV passou a ter uma conotação mais complexa e subjetiva (SEIDL; ZANNON, 2004), incluindo aspectos tanto positivos quanto negativos (SILVA et al., 2017), que sofre variações de acordo com o tempo, a cultura e o ambiente das diferentes populações (LI, HUIJUAN et al., 2010; TEMPSKI et al., 2012).

Toda a complexidade e subjetividade que envolve o conceito de qualidade de vida se fez necessário que a comunidade científica mobilizasse esforços para desenvolver instrumentos de medida, com extremo rigor psicométrico, para a mensuração desse constructo. Sendo assim, para a avaliação da percepção da QV é necessário utilizar instrumentos psicométricos (ALMEIDA et al., 2017) que sejam válidos e confiáveis.

1.1.5 Instrumentos Psicométricos de mensuração da QV

Os instrumentos psicométricos têm como finalidade comparar e descrever a percepção subjetiva do indivíduo acerca de um determinado constructo. No caso específico da qualidade de vida, estão disponíveis vários instrumentos que avaliam o bem estar físico, mental e social, em diferentes condições clínicas e de saúde. Alguns exemplos mais utilizados de instrumentos de avaliação da qualidade de vida são: o *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) (WARE; SHERBOURNE, 1992) e o *The World Health Organization instrument to evaluate quality of life* (WHOQOL) (FLECK, 2000).

O questionário Short Form Health Survey 36 (SF-36), criado por Ware e Sherbourne, é de origem inglesa e foi traduzido em mais de 40 línguas. É usado mundialmente, sendo que no Brasil sua versão foi traduzida e validada por Ciconelli (1997). Contém 36 itens distribuídos em oito dimensões da qualidade de vida (nesse caso, qualidade de vida

relacionada a saúde): capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, além de um item destinado a comparar o estado geral de saúde atual e de um ano atrás (BARBOSA; JUNIOR; BASTOS, 2007). O SF36 é um instrumento que avalia a qualidade de vida relacionada a saúde, ou seja, os impactos da doença sobre a vida da pessoa. Seu escore varia de 0 a 100, onde o zero corresponde à pior qualidade de vida e 100 melhor qualidade de vida (FASSBINDER et al., 2015). É um dos instrumentos mais descritos na literatura, mas que deixou de ser de domínio público há alguns anos, o que restringiu o seu uso pela comunidade científica.

O WHOQOL é instrumento desenvolvido pela OMS, por uma pesquisa multicêntrica que resultou em uma versão longa do instrumento, composta por 100 itens (REBOUÇAS et al., 2016). O WHOQOL, pelo seu caráter transcultural, valoriza a percepção individual, o que permite avaliar a qualidade de vida em diferentes grupos e situações. Possui uma versão para o português do Brasil, que foi adaptada e validada por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (PARCIAS et al., 2014). É amplamente utilizado para mensurar aspectos gerais e subjetivos de qualidade de vida, baseando-se na percepção de diversos aspectos gerais da vida (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Subsequentemente foi disponibilizada uma versão curta do instrumento, denominada de WHOQOL-BREF, a qual também foi traduzida e adaptada culturalmente para a população brasileira por Fleck (2000). O WHOQOL-BREF possui 26 itens divididos em quatro domínios da vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e duas outras questões que analisam a qualidade de vida geral e a satisfação do indivíduo quanto o seu estado de saúde (CASTRO; HOKERBERG; PASSOS, 2013). É auto-explicativo e seus itens se referem às duas últimas semanas (SILVA et al., 2017).

Os 26 itens do WHOQOL-BREF estão estruturados por uma escala de cinco pontos, do tipo Likert, na qual a percepção do indivíduo pode variar quanto a intensidade (nada a extremamente), a capacidade (nada a completamente), a frequência (nunca a sempre) e a avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito; muito ruim a muito bom) (TEIXEIRA et al., 2015). Cada domínio possui um escore total que varia de 0 a 100 pontos, sendo que quanto maior o escore, maior é a qualidade de vida (SILVA, 2018).

No Brasil, há diversos estudos de associação, com o WHOQOL-BREF. Há estudos com estudantes (BLAY; MARCHESONI, 2011), com trabalhadores (CALUMBI et al., 2010), com indivíduos com doenças crônicas (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007), doenças

psiquiátricas (BERLIM; MATTEVI; FLECK, 2003) com idosos (CASTRO; HOKERBERG; PASSOS, 2013) e também com indivíduos com doença renal crônica (HIGA et al., 2008).

2 JUSTIFICATIVA

A Doença Renal Crônica, por si só, é responsável por inúmeras repercussões negativas nos aspectos biopsicossociais que comprometem a qualidade de vida de seus portadores (DA SILVA et al., 2011). E o tratamento dialítico intensifica esse impacto, tanto para os aspectos emocionais, como para os aspectos sociais dos pacientes com doença crônica, pois compromete muito sua qualidade de vida e implica em prejuízos, na disposição do indivíduo pra cuidar de si próprio e colaboração com seu tratamento (OLIVEIRA et al., 2008).

Identificar os aspectos prejudicados da qualidade de vida desses pacientes pode ser útil para subsidiar intervenções que visem melhorar sua condição de vida e de saúde, e com isso viabilizar melhores resultados em saúde. Ainda é restrita, na literatura, as publicações sobre essas avaliações. Sendo assim, a realização desse estudo torna-se totalmente viável por mensurar a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em terapia renal substitutiva (hemodiálise) e analisar qual a influência de variáveis sociais, demográficas e clínicas sobre a qualidade de vida desses pacientes.

Com esses achados, será possível realizar um diagnóstico situacional, acerca desse constructo, nos pacientes com DRC atendidos em duas instituições do município de Uberlândia-MG. A partir daí, a equipe multiprofissional poderá planejar a assistência mais adequada a esses indivíduos, por meio de intervenções que visem melhorar os aspectos psicossociais e emocionais, sendo possível pactuar com os pacientes estratégias para a autogestão de sua saúde, em busca melhor qualidade de vida e dos resultados em saúde.

3 OBJETIVOS

1. Mensurar a qualidade de vida dos indivíduos com Doença Renal Crônica (DRC) em terapia renal substitutiva.
2. Comparar se há diferença estatística dos escores de qualidade de vida, entre pacientes com DRC que fazem hemodiálise em relação a um grupo normativo;
3. Identificar quais os determinantes sociais, demográficos e clínicos estão associados à melhor qualidade de vida, em indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico e em relação a um grupo normativo.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo e local

Trata-se de um estudo transversal, com caráter analítico e descritivo, de abordagem quantitativa correlacional e comparativa. Esse estudo é proveniente de um projeto de pesquisa amplo (eixo temático), intitulado de “Associação de medidas de constructos subjetivos na autogestão em saúde de pacientes com doença renal crônica”. Esse projeto de pesquisa amplo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia sob n. CAAE 67009117.0.0000.5152 (Anexo C).

O estudo foi realizado nas dependências físicas de um hospital público (Universitário) e de uma clínica privada de hemodiálise, que é conveniada ao SUS.

4.2 Participantes

No presente estudo, tivemos duas categorias de participantes, um grupo de estudo (GE) e um grupo normativo (GN). Participaram da pesquisa todos os indivíduos que contemplaram os critérios de inclusão, tanto o grupo de estudo como o grupo normativo.

O grupo de estudo (GE) foi composto por indivíduos com diagnóstico de doença renal crônica, em terapia renal substitutiva do tipo hemodiálise, que estavam em atendimento ambulatorial nos serviços de diálise da Instituição Pública e da Instituição Privada, credenciada ao Sistema Único de Saúde.

Atualmente, o serviço de atendimento clínico especializado de Hemodiálise do hospital público, recebe em torno de 54 pacientes renais crônicos que fazem as sessões de hemodiálise entre 2 a 3 dias por semana, e não há atendimento para sessões de diálise peritoneal nessa instituição. Já na clínica privada, há atendimento de 252 pacientes, sendo que: apenas 8 fazem diálise peritoneal e 244 realizam hemodiálise, entre 2 a 3 dias por semana.

Adotamos como critérios de inclusão do grupo de estudo, todos os indivíduos portadores de doença renal crônica diagnosticados no período maior que 6 meses, com idade entre 18 anos a 80 anos, que estavam com preservação cognitiva e em acompanhamento clínico regular ambulatorial em hemodiálise nessas unidades de atendimento. Foram excluídos do estudo, os indivíduos com história de internação prévia e que estavam em terapia substitutiva em menos de 6 meses e em diálise peritoneal.

Os critérios de inclusão do grupo normativo (GN) foram: indivíduos que referiram ser saudáveis (sem relato de doenças crônicas diagnosticadas) e serem maiores de 18 anos. Foram excluídos indivíduos com história de internação, doença infecciosa prévia (ou atestado médico) nos últimos 30 dias.

O recrutamento dos participantes do grupo de estudo (GE), em ambos os locais de atendimento (serviços público e privado), ocorreu na sala de espera do ambulatório, onde todos os pacientes foram convidados a participar do estudo. A amostra obtida foi não probabilística, por conveniência e consecutiva. Após a abordagem do participante, foram apresentados os objetivos do estudo e mediante os devidos esclarecimentos, foi solicitado o seu consentimento para se iniciar o protocolo metodológico do projeto, o qual foi efetivado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante (APENDICE A).

No caso dos participantes do grupo normativo (GN), o recrutamento ocorreu nas dependências físicas do campus universitário e na comunidade. Todos os potenciais participantes, e mediante a informação prévia de não possuírem nenhum diagnóstico de doença crônica, foram convidados. A amostra foi não probabilística, por conveniência e consecutiva. Após a apresentação dos objetivos do estudo e mediante os devidos esclarecimentos aos participantes, foi solicitado o seu consentimento para se iniciar o protocolo metodológico do projeto, o qual foi efetivado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A).

4.3 Procedimentos para coleta de dados

Recrutados os participantes e firmados os consentimentos dos mesmos, tanto do grupo de estudo como do grupo normativo, procedeu-se o seguimento do protocolo metodológico do estudo. O método de aplicação desses questionários avaliativos foi o mesmo, tanto para o grupo de pacientes com DRC (GE), como para o grupo normativo (GN). Determinamos que o quantitativo desses participantes do grupo normativo (GN) fosse o mesmo número dos participantes do grupo de pacientes com doença renal crônica (GE).

O período de coleta de dados desse estudo ocorreu entre Outubro/2017 a março de 2018. A amostra recrutada foi não probabilística, por conveniência, do tipo consecutiva. Ou seja, todos os pacientes que corresponderam aos critérios de inclusão do estudo, durante esse período, foram incluídos na amostra.

Foram aplicados os questionários avaliativos (pela técnica de entrevista), em um

ambiente privativo. O tempo utilizado para resposta de todos os questionários foi em torno de 30 a 35 minutos. A primeira avaliação realizada foi a triagem do estado cognitivo do participante. A avaliação cognitiva dos pacientes eleitos foi realizada com um questionário que avaliou a capacidade discriminatória e de orientação psíquica e mental do indivíduo no tempo e no espaço, conforme descrita por Pfeifer (1975) (ANEXO A). As perguntas que foram feitas são as seguintes: (a) Qual seu nome completo? (b) Qual sua data de nascimento? (c) Em que dia da semana estamos? E (d) Qual o nome do local onde estamos nesse momento? Nessa avaliação, o participante deveria acertar ao menos três perguntas para ser incluído no estudo. Aos pacientes que foram considerados aptos cognitivamente por essa avaliação, efetivamos as etapas metodológicas do estudo, as quais estão descritas a seguir.

Os procedimentos de coleta de dados dos participantes, tanto do grupo de estudo como do grupo normativo foram semelhantes: obtida a aptidão psíquica e mental, foram aplicados os instrumentos avaliativos: Questionário de caracterização dos dados sócio demográficos (APÊNDICE B), o questionário com informações sobre os dados clínicos (APÊNDICE C), e a versão validada para uso no Brasil do instrumento para avaliação da qualidade de vida WHOqol-BREF (FLECK et al., 2000) (ANEXO B).

4.4 Descrição dos instrumentos de coleta dos dados

4.4.1 Instrumentos para caracterização social, demográfica e clínica

Obtivemos as informações sociais, demográficas e clínicas dos participantes por meio do instrumento elaborado pelos pesquisadores do estudo, mediante informações baseadas em estudos prévios e conforme os objetivos desse estudo.

O instrumento com informações sociais e demográficas foi composto pelos seguintes itens: data da entrevista, duração da entrevista, sexo, data de nascimento e idade, número do prontuário, procedência (município de origem), estado civil, escolaridade (por categorias e em anos de estudo), renda familiar (salários mínimos e renda bruta em reais), quantidade de pessoas que viviam na mesma residência e profissão do participante (tipo de trabalho e se naquele momento estava exercendo alguma atividade remunerada, ou seja, se estava ativo ou inativo) (APÊNDICE B).

O instrumento com informações clínicas foi composto por dados autorreferidos (tipos de doenças e medicamentos utilizados pelo participante, se fuma, se faz atividade física regular, hábitos alimentares semanais e quais fontes de informação ele utiliza para se informar

sobre sua saúde) e ainda por dados obtidos em consulta aos seus prontuários (instituição de origem, diagnóstico médico principal e outros diagnósticos assinalados no prontuário e a quantidade de doenças crônicas diagnosticadas e que estão informadas nos prontuários). Além disso, solicitamos informações sobre o tempo de duração da sessão e a frequência da terapia renal substitutiva e se o paciente já apresentou algum tipo de complicação ou hospitalização decorrente da DRC (APÊNDICE C).

4.5 WHOQOL-Bref

O WHOQOL-Bref (ANEXO B) é um instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (WHOQol-Abreviado) (FLECK et al., 2000) que avalia a qualidade de vida, considerando as duas últimas semanas vividas pelos respondentes. É composto por 26 itens, duas questões gerais sobre qualidade de vida e 24 itens divididos em quatro domínios: capacidade física (sete questões), o bem-estar psicológico (seis questões), as relações sociais (três questões) e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido (oito questões). As questões do instrumento utilizam escala de resposta do tipo Likert com escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom). Seus escores variam entre 0 (pior estado) a 100 (melhor estado) pontos.

Quanto a seus domínios: o domínio avalia a presença de dores físicas, energia, sono, mobilidade, fadiga, repouso, capacidade de trabalho, atividades diárias, e dependência a tratamento médico; o domínio psicológico avalia aspectos relacionados a sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião, e crenças pessoais; o domínio social considera a satisfação com a vida sexual, com as relações pessoais e apoio dos amigos; o domínio meio ambiente avalia a segurança, recursos financeiros, ambiente físico, cuidados com a saúde, informações disponíveis, lazer, satisfação com as condições do local de moradia, com acesso a serviços de saúde e com meio de transporte (GOMES; HAMANN; GUTIERREZ, 2014; SILVA et al., 2017).

4.6 Processamento e Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica (Microsoft Office Excell for Windows®) e posteriormente transportados para os softwares IBM *Statistical*

Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0 executados em ambiente Windows®, para o processamento dos dados. Para todas as análises, adotamos o índice de significância de 0,05.

Para tratamento estatístico, todos os dados contínuos foram testados quanto à normalidade pelo teste de Kolmogorov Smirnov Liliefors.

Como algumas das variáveis qualitativas com múltiplos níveis apresentavam amostra muito baixa (pouca representatividade das mesmas), optamos pela dicotomização das variáveis. As classificações adotadas para dicotomização foram: Procedência (1: Uberlândia, 0 outras cidades); Estado Civil (1: com companheiro, 0 sem companheiro); Escolaridade (1: ensino médio completo ou maior, 0: ensino inferior ao descrito anterior); Ambulatório origem (1: público, 0: privado); Sexo (1: feminino, 0: masculino).

Os dados das variáveis avaliadas foram apresentados na forma de frequência absoluta, relativa ou como média, erro padrão, mínimo, máximo e mediana dependendo da distribuição.

Para a comparação do perfil dos dois grupos, os dados dicotomizados do perfil foram comparados como teste de Qui-Quadrado de independência com correção de continuidade. Para os dados contínuos, não pareados, que não mostraram normalidade, na sua maioria, foi aplicado o teste de Mann-Whitney.

Em relação à avaliação do constructo qualidade de vida, a qual apresenta dimensões multifatoriais, utilizou-se a regressão linear múltipla, pelo método dos mínimos quadrados, para avaliar os efeitos da hemodiálise no constructo qualidade de vida nos pacientes em hemodiálise (código 1) e na população normativa (código 0) (modelo 1). Para seleção das variáveis de importância nas dimensões do constructo avaliado, foi utilizado o método *backward*, baseando-se no critério de exclusão do modelo, a probabilidade menor que 10%. Essa análise também foi realizada para os indivíduos em hemodiálise acrescentando-se as variáveis específicas desses pacientes ao modelo completo (modelo 2). Como os modelos não foram construídos com o intuito de predição e sim para descrever os indivíduos estudados, os pressupostos dos modelos não foram testados.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados relacionados aos participantes do estudo

Abordamos nesse estudo um total de 114 indivíduos com doença renal crônica que eram considerados elegíveis. Desses, foram excluídos 14 (11%) participantes, pois 08 (6%) se recusaram participar da pesquisa, 01 (1%) estava impossibilitado de responder os questionários, os outros 5 (4%) indivíduos foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão. Portanto, o grupo de estudo foi formado por uma amostra de 100 indivíduos.

Para a população normativa, foram abordados 105 indivíduos que atenderam os critérios de inclusão, no entanto 5 (5%) desses recusaram participar. Totalizando uma amostra de 100 participantes.

5.2 Caracterização social e demográfica dos participantes

Quanto as características dos participantes do grupo de estudo (GE), verificamos que houve predominância do sexo masculino 59%, em 68% tinham nível educacional de ensino médio incompleto, 55% referiram não viver conjugalmente com alguma companhia. A maioria, 53% era proveniente de instituição privada e 57% referiram ter apresentado algum tipo de complicação decorrente da DRC (tabela 1). Já em relação às características gerais do grupo normativo, verificamos que houve predominância do sexo feminino 54%, em 56% tinham nível educacional de ensino médio completo/superior e 62% referiram viver conjugalmente com companheiro (a). Verificamos, portanto, que apenas as variáveis estado civil e escolaridade tiveram diferença estatística entre os grupos avaliados ($p<0,05$) (tabela 1).

No que se refere às variáveis contínuas, verificamos que o grupo de estudo era mais velho (média=53,59 anos) comparado ao grupo normativo (47,79 anos) ($p=0,004$). Todas as outras variáveis avaliadas, o grupo normativo tinha característica superior ao grupo de estudo, no que se refere em nível de instrução, renda individual e familiar ($p<0,05$). Dados detalhados na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil social e demográfico de indivíduos com doença renal crônica, em hemodiálise (grupo de estudo) e da população normativa. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variável	Estrato	Grupo n (%)		<i>p</i> ¹
		Hemodiálise n=100	Normativa n=100	
Sexo	Masculino	59 (59)	46 (46)	0,089
	Feminino	41 (41)	54 (54)	
Procedência	Uberlândia	83 (83)	92 (92)	0,087
	Outras cidades	17 (17)	8 (8)	
Estado Civil	Sem companheiro	55 (55)	38 (38)	0,023
	Com companheiro	45 (45)	62 (62)	
Escolaridade	EM incompleto	68 (68)	44 (44)	0,001
	EM completo/superior	32 (32)	56 (56)	
Tabagismo	Não	86 (86)	93 (93)	0,166
	Sim	14 (14)	7 (7)	
Atividade física	Não	71 (71)	63 (63)	0,229
	Sim	29 (29)	37 (37)	
Ambulatório de origem	Público	47 (47)		
	Privado	53 (53)		
Complicações	Não	43 (43)		
	Sim	57 (57)		

Continua....

Comorbidades	Não	16 (16)			
	Sim	84 (84)			
Variável	Hemodiálise n=100		Normativa [#] n=100		<i>p</i> ²
	Média ± EP	Mín-Máx (Mediana)	Média ± EP	Mín-Máx (Mediana)	
Idade (anos)	53,59 ± 1,47	21 - 81 (54)	47,79 ± 1,52	20 - 82 (47)	0,004
Tempo estudo (anos)	8,41 ± 0,39	0 - 17 (9,5)	9,92 ± 0,36	2 - 20 (11)	0,003
Renda individual (reais)	1584,56 ± 150,17	800 - 10000 (980)	1842,88 ± 151,9	0 - 8000 (1300)	0,018
Renda familiar (reais) [#]	2712,52 ± 220,78	900 - 11000 (1980)	3441,6 ± 272,2	900 - 22000 (2800)	0,001
Salários mínimos	2,52 ± 0,13	1 - 6 (2)	2,96 ± 0,12	1 - 6 (3)	0,004
Moradores (número)	2,6 ± 0,15	0 - 7 (2)	2,82 ± 0,15	0 - 6 (3)	0,187
Tempo sessão (minutos)	220,25 ± 2,29	150 - 270 (225)			
Tempo hemodiálise (meses)	5,05 ± 0,43	1 - 19 (4)			
Tempo diagnóstico (meses)	7,16 ± 0,68	1 - 40 (5)			
Comorbidades (número)	1,57 ± 0,1	0 - 4 (1,5)			

Legenda: EP - erro padrão; Mín: mínimo; Máx: máximo; EM – Ensino médio. *p*¹ - baseado no teste de Qui-Quadrado com correção de continuidade; *p*²- teste de Mann-Whitney. [#]n=100 cada grupo, exceto para renda (com n=99 para a população normativa).

5.3 Resultados da avaliação da Qualidade de vida pelo WHOQOL-BREF

Quanto aos resultados apresentados pelo instrumento Whoqol-Bref, podemos verificar que apenas dois domínios apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos de estudo e o normativo, os domínios físico e psicológico. A mediana do grupo de hemodiálise foi de 57,14 (variação de 14,29 a 96,46), ao passo que no grupo normativo, a mediana foi de 71,43 (variação de 42,86 a 100) ($p < 0,001$) (tabela 2).

Tabela 2 - Comparação entre os escores dos domínios do instrumento Whoqol-Bref de indivíduos com doença renal crônica (em hemodiálise) e do grupo normativo. Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018

Domínio	Hemodiálise n=100		Normativo n=100		p^1
	Média $\pm$ EP	Mín-Máx (Mediana)	Média $\pm$ EP	Mín-Máx (Mediana)	
RQ1	3,88 $\pm$ 0,09	1 - 5 (4)	3,99 $\pm$ 0,07	1 - 5 (4)	0,697
RQ2	3,47 $\pm$ 0,10	1 - 5 (4)	3,68 $\pm$ 0,1	1 - 5 (4)	0,114
DF	56,64 $\pm$ 1,74	14,29 - 96,43 (57,14)	71,36 $\pm$ 1,48	42,86 - 100 (71,43)	<0,001
DP	67,5 $\pm$ 1,70	25 - 91,67 (70,83)	73,08 $\pm$ 1,48	20,83 - 100 (75)	0,034
DRS	70,67 $\pm$ 1,86	25 - 100 (75)	72,42 $\pm$ 1,75	16,67 - 100 (75)	0,644
DMA	62,44 $\pm$ 1,42	31,25 - 100 (62,5)	60,88 $\pm$ 1,35	28,13 - 90,63 (62,5)	0,576

Legenda: RQ1: Percepção de qualidade de vida; RQ2: Satisfação com a saúde; DF: domínio Físico; DP domínio Psicológico; DRS domínio Relações Sociais; DMA domínio Meio Ambiente. ¹Teste de Mann Whitney.

5.4 Resultados relacionados à análise multivariada dos dados

Para analisarmos a influência de alguns fatores associados entre si na qualidade de vida dos participantes do estudo, fizemos uso da análise multivariada dos dados. Verificamos que o modelo de regressão linear múltipla demonstrou a magnitude da influência das variáveis, sendo essas preditoras para melhor ou pior qualidade de vida, avaliadas pelo Whoqol-Bref. Foi considerada a correção de perfil social e demográfico entre os dois grupos (tabela 3) e, depois, essa avaliação ocorreu de forma independente para o grupo de estudo (DRC em hemodiálise) (Tabela 4).

Na tabela 3, podemos verificar que o tabagismo interfere negativamente pontos no domínio “percepção de qualidade de vida” ($Bi = -0,4061$; $p = 0,032$) em ambos os grupos avaliados.

No domínio “satisfação com a saúde” observamos que, o fato do participante fazer

hemodiálise influenciou negativamente nesse domínio ($Bi = -0,3029$; $p = 0,034$). No entanto, ser do sexo feminino não representou influência significativa ($p = 0,056$).

As variáveis que mais influenciaram negativamente no “domínio físico”, foram fazer hemodiálise ($Bi = -14,07$ e $p = <0,001$) e morar em Uberlândia ($Bi = -7,14$ e $p = 0,039$). Em contrapartida, o fato de ter mais instrução (escolaridade) tem uma influência positiva sobre esse domínio ($Bi = 5,55$ e $p = 0,019$) em ambos os grupos avaliados.

Observamos o único fator significativo e que exerceu influência negativa no “domínio psicológico” foi realizar o tratamento hemodialítico ($Bi = -5,26$ e $p = 0,025$), o mesmo ocorreu com o domínio “relações sociais”, o qual apenas estado civil (presença de um companheiro), exerceu influência positiva sobre esse domínio ($Bi = 5,22$ e $p = 0,041$) em ambos os grupos avaliados.

No domínio “Meio Ambiente” os fatores que exerceram influência sobre esse domínio foram morar em Uberlândia ($Bi = -9,229$; $p = 0,001$), ter maior escolaridade ($Bi = 5,4504$; $p = 0,011$) e ter maior renda individual ($Bi = 0,0016$; $p = 0,018$) em ambos os grupos avaliados. Todas essas informações estão detalhadas na tabela 3.

Tabela 3 - Resultados da análise de regressão linear nos domínios do questionário Whoqol-bref em pacientes com doença renal crônica (em hemodiálise) e a população normativa. Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Domínio	Variável ¹	Bi	EP	T	P
RQ1	Constante	3,9775	0,061	65,06	<0,001
	Presença de tabagismo	-0,4061	0,188	-2,16	0,032
RQ2	Constante	3,3039	0,264	12,5	<0,001
	Grupo hemodiálise	-0,3029	0,142	-2,13	0,034
	Sexo	-0,2711	0,141	-1,92	0,056
	Idade em anos	0,0108	0,005	2,31	0,022
DF	Constante	74,8771	3,674	20,38	<0,001
	Grupo hemodiálise	-14,08	2,331	-6,04	<0,001
	Procedência	-7,1456	3,441	-2,08	0,039
	Escolaridade	5,5504	2,346	2,37	0,019
DP	Constante	76,6234	3,663	20,92	<0,001
	Grupo	-5,2591	2,325	-2,26	0,025
	Procedência	-6,1972	3,431	-1,81	0,072
	Escolaridade	3,998	2,339	1,71	0,089
DRS	Constante	68,8406	1,862	36,98	<0,001
	Estado Civil	5,2248	2,539	2,06	0,041
DMA	Constante	59,0244	4,618	12,78	<0,001
	Procedência	-9,2293	2,822	-3,27	0,001
	Escolaridade	5,4504	2,131	2,56	0,011
	Idade em anos	0,1117	0,065	1,72	0,087
	Renda individual (reais)	0,0016	0,001	2,39	0,018

Legenda: Bi: i-ésima estimativa dos parâmetros do modelo, t: estatística do teste t de Student para a estimativa, EP: erro padrão, p: probabilidade. RQ1: Percepção de qualidade de vida; RQ2: Satisfação com a saúde; DF: domínio Físico, DP domínio Psicológico, DRS domínio Relações Sociais, DMA domínio Meio Ambiente.

¹Codificação das variáveis: Grupo: (1: pacientes em Hemodiálise, 0: população normativa); Procedência (1: Uberlândia, 0: outras cidades); Estado Civil (1: com companheiro, 0: sem companheiro); Escolaridade (1: ensino médio completo ou maior, 0: ensino médio incompleto ou menor); Ambulatório origem (1: instituição pública, 0: instituição privada); Sexo (1: feminino, 0: masculino).

A tabela 4 apresenta os resultados da análise da regressão linear múltipla sob as variáveis que mais influenciaram na qualidade de vida do grupo de indivíduos que fazem hemodiálise (avaliados pelo instrumento Whoqol-Bref) (Tabela 4).

A partir desse método, verificamos que o domínio “percepção de qualidade de vida” dos indivíduos em hemodiálise foi significativamente influenciada, e de forma positiva, pelas variáveis estado civil (presença de companheiro conjugal) ($Bi = 0,379$; $p = 0,042$) e maior renda individual ($Bi = 0$; $p = 0,006$). Por outro lado, fazer hemodiálise no serviço público ($Bi = -0,513$; $p = 0,007$) e fumar ($Bi = -0,527$; $p = 0,039$) influenciaram negativamente nesse domínio de qualidade de vida. A variável procedência ($Bi = -0,454$; $p = 0,071$) não teve significância nessa avaliação.

No domínio “satisfação com a saúde”, o fato de o paciente fazer hemodiálise em serviço público exerceu influência negativa na qualidade de vida ($Bi = -0,626$; $p = 0,003$), enquanto ter maior tempo de ensino formal ($Bi = -0,049$; $p = 0,065$) não apresentou significância estatística.

As variáveis que influenciaram positivamente no “domínio físico”, foram ter maior número de comorbidades ($Bi = -3,951$; $p = 0,019$), ser do serviço público ($Bi = -7,024$; $p = 0,044$), ser de Uberlândia ($Bi = -10,461$; $p = 0,02$), ter maior escolaridade ($Bi = 10,391$; $p = 0,01$), ter mais idade ($Bi = 0,23$; $p = 0,05$), maior número pessoas na residência ($Bi = 2,292$; $p = 0,036$) e maior tempo da sessão da hemodiálise ($Bi = 0,222$; $p = 0,002$). A renda familiar ($Bi = -0,001$; $p = 0,072$) não teve significância nessa avaliação.

A única variável que influenciou positivamente no “domínio psicológico” foi ter maior escolaridade ($Bi = 12,368$; $p = 0,001$). Por outro lado, ser procedente de Uberlândia ($Bi = -12,989$; $p = 0,004$), ter maior renda ($Bi = -4,166$; $p = 0,002$) e ser atendido no serviço público ($Bi = -11,0$; $p = 0,001$) influenciam negativamente nesse domínio de qualidade de vida. O estado civil não teve significância nessa avaliação ($Bi = 5,605$; $p = 0,082$).

As variáveis idade ($Bi = 0,286$; $p = 0,02$) e maior tempo das sessões de hemodiálise ($Bi = 0,291$; $p = <0,001$) interferiram positivamente no domínio “relações sociais”. Também verificamos que ter um nível maior de instrução ($Bi = 11,302$; $p = 0,001$), ser mais velho ($Bi = 0,367$; $p = <0,001$) e passar mais tempo nas sessões de hemodiálise ($Bi = 0,117$; $p = 0,039$) exerceram maior influência positiva no domínio “meio ambiente”, no entanto o fator de residir em Uberlândia ($Bi = -8,243$; $p = 0,019$) refletiu negativamente na qualidade de vida, no que se refere a esta dimensão. Todas essas informações estão detalhadas na tabela 4.

Tabela 4 - Resultados da análise de regressão linear nos domínios do questionário Whoqol-bref em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise.

Domínio	Variável ¹	Bi	EP	T	P
RQ1	Constante	4,561	0,299	15,24	<0,001
	Procedência	-0,454	0,248	-1,83	0,071
	Estado Civil	0,379	0,184	2,06	0,042
	Escolaridade	0,375	0,207	1,81	0,073
	Presença de tabagismo	-0,527	0,252	-2,09	0,039
	Renda individual (em reais)	0	0	-2,79	0,006
	Ambulatório origem	-0,513	0,185	-2,78	0,007
RQ2	Constante	4,176	0,281	14,85	<0,001
	Tempo Ensino Formal (anos)	-0,049	0,026	-1,86	0,065
	Ambulatório origem	-0,626	0,205	-3,05	0,003
DF	Constante	8,318	18,882	0,44	0,661
	Procedência	-10,461	4,416	-2,37	0,02
	Escolaridade	10,391	3,931	2,64	0,01
	Idade em anos	0,23	0,116	1,98	0,051
	Renda familiar (em reais)	-0,001	0,001	-1,82	0,072
	Número pessoas na residência	2,292	1,076	2,13	0,036
	Ambulatório origem	-7,024	3,435	-2,05	0,044
	Número de comorbidades	-3,951	1,655	-2,39	0,019
DP	Tempo da sessão (minutos)	0,222	0,071	3,15	0,002
	Constante	87,469	5,819	15,03	<0,001
	Procedência	-12,989	4,395	-2,96	0,004
	Estado Civil	5,605	3,19	1,76	0,082
	Escolaridade	12,368	3,703	3,34	0,001
	Salários mínimos	-4,166	1,304	-3,20	0,002
	Ambulatório origem	-11,000	3,237	-3,40	0,001
DRS	Constante	-3,979	18,904	-0,21	0,834
	Idade em anos	0,286	0,121	2,36	0,02
	Número de comorbidades	-3,017	1,807	-1,67	0,098

Continua...

	Tempo da sessão (minutos)	0,291	0,077	3,78	<0,001
DMA	Constante	23,95	14,308	1,67	0,097
	Procedência	-8,243	3,442	-2,39	0,019
	Escolaridade	11,302	2,846	3,97	<0,001
	Idade em anos	0,367	0,092	3,98	<0,001
	Número de comorbidades	-2,398	1,327	-1,81	0,074
	Tempo da sessão (minutos)	0,117	0,056	2,10	0,039

Legenda: B_i : i-ésima estimativa dos parâmetros do modelo, t : estatística do teste t de Student para a estimativa, EP: erro padrão, p : probabilidade.

RQ1: Percepção de qualidade de vida; RQ2: Satisfação com a saúde; DF: domínio Físico, DP domínio Psicológico, DRS domínio Relações Sociais, DMA domínio Meio Ambiente.

¹ Codificação das variáveis: Procedência (1: Uberlândia, 0: outras cidades); Estado Civil (1: com companheiro, 0: sem companheiro); Escolaridade (1: ensino médio completo ou maior, 0: ensino médio incompleto ou menor); Ambulatório origem (1: instituição pública, 0: instituição privada); Sexo (1: feminino, 0: masculino).

6 DISCUSSÃO

Este estudo propôs avaliar os escores de qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica (em hemodiálise) em relação à população normativa e avaliar a influência de variáveis sociais e demográficas sobre essa percepção.

A qualidade de vida refere-se à capacidade de reconhecer o nosso papel na sociedade, compreendendo quem somos, como lidamos com os desafios da vida e a forma como reagimos com as perdas, frustrações e o sucesso (HIGA et al., 2008). A idade, o sexo, a escolaridade, evolução da doença, orientação sociocultural, as informações, disponibilidade de recursos, e o apoio familiar e dos profissionais da saúde, são fatores que podem influenciar na percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida (TORRES, PACE, STRADIOTO, 2010).

No que se refere à caracterização da amostra desse estudo, verificamos a predominância do sexo masculino, mediano educacional e a ausência de um companheiro conjugal no grupo de estudo. Em relação a gênero o nosso achado se assemelha com o estudo de Ribeiro et al. (2013) onde a maioria dos pacientes em TRS eram do sexo masculino. Em outro estudo realizado em São Paulo no ano de 2015 também houve a predominância do sexo masculino com porcentagem aproximada de 66,0% dos entrevistados (OTTAVIANI et al., 2016).

Quanto ao nível de instrução, nossos achados (mediana de 9,5 anos) corroboram com outros estudos (PARCIAS et al. 2014; SILVA et al., 2016). Parcias et al. (2014) identificaram uma média de 7,35 anos. Outro estudo verificou menos de 8 anos de instrução (65,5%) (SILVA et al., 2016). No entanto, Azevedo, Siqueira e Manhães (2015) constataram que a maioria dos participantes apresentava baixa escolaridade. Santos et al. (2015), encontraram o predomínio do ensino fundamental incompleto, ressaltando que $\frac{1}{4}$ dos participantes referiu ser analfabeto.

A escolaridade é uma variável de grande destaque, no que se refere a qualidade das informações e também para o nível de compreensão do paciente em relação às recomendações feitas pelo profissional da saúde, de modo que, quanto maior a escolaridade, melhor é o entendimento do indivíduo a respeito da sua saúde, dos hábitos e tratamento (MARINHO et al., 2017). Essa variável pode interferir no prognóstico e tratamento da DRC, pois indivíduos com nível de instrução maior tendem a compreender e realizar melhor os cuidados e o tratamento.

No que se refere ao aspecto conjugal, nossos achados divergiram em relação a estudos prévios. Autores descreveram que a maioria dos pacientes em TRS eram casados, vivia com a família e morava na zona urbana (GUERRERO; ALVARADO; ESPINA, 2012). Em um estudo realizado em São Paulo, por Kusumota (2005), encontrou que a maioria dos pacientes tinha companheiro e residia com a família.

A literatura ressalta que a ausência de um companheiro, para um paciente com doença crônica, pode ser prejudicial para o cuidado a saúde e para a percepção da qualidade de vida. Ou seja, a presença de um companheiro e do seu apoio nesse processo de adoecimento, tem demonstrado ser benéfica para a qualidade de vida dos indivíduos. Sendo assim, a literatura reforça que a presença de um relacionamento conjugal estável pode refletir em uma ação motivadora para a adesão ao tratamento e redução dos sintomas psicoemocionais comparado com os indivíduos que vivem sozinhos (SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2012).

Cordeiro (2006) em seu estudo descreveu que indivíduos com DRC apresentavam emoções (como choro, tremor entre outras) quando iam relatar a ausência de companheiro/familiares e amigos. Além disso, afirmavam que a aceitação e enfrentamento da doença seriam mais toleráveis se tivessem um companheiro (CORDEIRO, 2006). Isso sugere que a ausência de um companheiro contribui para o desenvolvimento de sentimentos negativos, depressão, ansiedade entre outros, o que repercute diretamente na sua qualidade de vida.

No que se refere às variáveis contínuas, verificamos que o grupo de estudo era mais velho que o grupo normativo. Neste quesito, o grupo de estudo apresentou a faixa etária entre 21 a 81 anos (média de 53,59 anos), semelhante a outros estudos (MARINHO et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2016). Marinho et al. (2018) observou que a média de 69,5% dos participantes tinham 59 anos de idade. Já Oliveira et al. (2016), encontrou uma faixa etária média de 54,71 anos. Todos esses achados estão em acordo com os dados do censo brasileiro de diálise, o qual designa que a faixa etária predominante é de 19 a 64 anos (SBN, 2013). A doença renal atinge um grande número de pessoas em idades economicamente ativas, onerando, assim, o sistema de saúde e a família, pela potencial perda da força produtiva causada pela doença e pelo seu tratamento (QUEIROZ, 2000; CARVALHO 2003). Com isso, podemos perceber que a população mais acometida pela DRC se encontra a menos de uma década para a fase do envelhecimento o que pode gerar maior insegurança e agravos devido às mudanças decorrentes dessa fase.

Algumas características do grupo normativo diferiram do grupo de estudo ($p < 0,05$). No grupo normativo, houve predominância do sexo feminino, nível educacional maior que o grupo de estudo e referiram viver conjugalmente com um companheiro (a). Além disso, as variáveis estado civil e escolaridade tiveram diferença estatística entre os grupos avaliados

Verificamos que o grupo normativo foi superior ao grupo de estudo, no que se refere ao nível de instrução, renda individual e familiar. A caracterização econômica entre os dois grupos foram diferentes entre os grupos, de modo que a população normativa apresentava renda superior (mediana R\$ 1300) comparada ao grupo de estudo (em hemodiálise) (mediana R\$ 980). No Instituto do Rim de Natal-RN foi evidenciado que a maioria dos participantes era aposentada

(75%) (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013). Lata et al. (2008) realizou um estudo no interior do Rio de Janeiro e observou que a renda familiar variou de 1 a 5 salários mínimos, estando a maioria (80%) na faixa de 1 a 2,5 salários. Nessa perspectiva, a diferença entre as rendas pode ser expressa em virtude do comprometimento das atividades do trabalho, devido às limitações e do tempo gasto para a realização das modalidades terapêuticas (hemodiálise).

A diferença apresentada nos rendimentos entre a maioria dos participantes em HD, se deve pelo fato deles estarem afastados do trabalho ou aposentados pela condição de saúde e pelo tratamento, o que corrobora com outras pesquisas (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013; LATA et al., 2008). Uma pesquisa realizada no sul do Brasil constatou que, de 10 entrevistados, somente 2 estavam trabalhando (WEISSHEIMER, 2013). Lima (2016) identificou que 42,9% dos pacientes estavam afastados da atividade laboral por motivo de saúde e recebendo auxílio doença do Instituto Nacional Seguro Social (INSS). Trentini et al. (2004) afirmam que a dependência contínua do tratamento hemodialítico interfere no trabalho e nos estudos desses pacientes, assim como a falta de energia e disposição durante o dia-a-dia decorrente dos sintomas e complicações dessa patologia.

Mais da metade (57%) dos participantes do grupo de estudo apresentaram algum tipo de complicações devido sua condição de saúde e pela hemodiálise, assim como descrito por Sousa (2018). Esse pesquisador descreveu em sua pesquisa, a frequência dessas complicações, destacando as complicações cardiovasculares, anemia crônica, distúrbios do metabolismo do cálcio, convulsões, cefaléia, náuseas e vômitos, mal-estar, câimbras musculares, embolia gasosa, e flebite, entre outras.

Quanto aos resultados obtidos pelo instrumento Whoqol-Bref, verificamos que as pontuações do grupo de estudo (em hemodiálise) foi significativamente menor que do grupo normativo, 57,14 (variação de 14,29 a 96,46) e 71,43 (variação de 42,86 a 100) ($p < 0,001$) respectivamente. Além disso, apenas dois domínios apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos de estudo e o normativo, os “domínios físicos e psicológicos”.

Esses nossos achados corroboram com os estudos de (TAKEMOTO et al., 2011; SILVA, 2013; PEREIRA et al., 2017). Durante a análise do Whoqol-brief no estudo de Takemoto et al. (2011), foi analisado que domínio físico obteve o escore mais baixo (49,46), enquanto o maior escore era o domínio social. Já no estudo de Silva (2013) foi observado que o domínio físico e de meio ambiente foram os mais comprometidos do instrumento. O domínio físico se destacou como grande influência na qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, pois a maioria (51%) dos indivíduos não estava satisfeita com suas capacidades físicas (PEREIRA et al., 2017).

Segundo Silva (2013) o domínio físico está associado à autonomia, e quando ocorre o

comprometimento das capacidades funcionais proporcionalmente ela tem uma redução. Mediante a situação de cronicidade pode se justificar que o tratamento traz um significativo comprometimento funcional nas questões físicas como o sedentarismo, diminuição da interação social e a perda da autonomia, pois os doentes crônicos necessitam de ajuda nas atividades cotidianas.

Nesse contexto, os resultados encontrados apontam que o aspecto físico é um dos mais prejudicados na percepção do indivíduo com DRC decorrentes inicialmente pela dificuldade em estabelecer e/ou manter um vínculo de trabalho devido o tempo dedicado ao tratamento e a rotina imposta pelo mesmo, como também a diminuição do desempenho físico e o surgimento de sintomas como fraqueza e mal-estar, interferindo nas atividades diárias, afetando conjuntamente o psicoemocional.

No estudo realizado por HIGA et al. (2008) foi observado que o domínio físico recebeu o menor escore (25), quando comparado aos demais domínios (HIGA et al., 2008). Uma pesquisa que utilizou o instrumento KDQOL-SF verificou que as dimensões mais comprometidas foram a função física (30,20) e a situação de trabalho (37,13) (LOPES et al., 2014). O estudo de Nepomuceno et al. (2014), utilizando o Whoqol-bref encontrou que o domínio físico obteve a menor pontuação dos cinco aspectos avaliados, além disso, os domínios relações sociais e nível de independência também se mostraram bastante comprometidos.

Em pesquisa sobre a QV de idosos com afecções crônico degenerativas, observou-se que aqueles indivíduos apresentaram maior comprometimento das atividades e do funcionamento físico, sendo o escore médio desse domínio (63,79) o que obteve a segunda menor pontuação em relação aos demais (QUEIRÓZ, 2000). Em outro estudo com pacientes renais em hemodiálise, observou-se correlação negativa entre a presença de comorbidade e a dimensão física. Percebe-se também que a situação de trabalho e atividades diárias foram as dimensões mais afetadas (KUSUMOTA, 2005).

Para Martins e Cesarino (2004), em razão da DRC não apenas debilitar o organismo, mas também provocar alterações físicas associadas ao tratamento hemodialítico, essas alterações constituem fatores limitantes das atividades diárias e rotineiras. O doente renal crônico sofre alterações da vida diária em virtude da necessidade de realizar o tratamento, necessitando do suporte formal de atenção à saúde, isto é, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado necessário (MARTINS, CESARINO, 2005).

Em relação ao prejuízo no “domínio psicológico” nos pacientes do grupo de estudo, é importante salientar que os aspectos emocionais dos pacientes renais em terapia dialítica não podem ser desconsiderados, visto que, durante a convivência com o tratamento, costumam surgir

sintomas que progridem ao longo do tempo, tornando-se fatores limitantes das atividades de vida diária que acarretam comprometimento tanto de ordem pessoal quanto emocional em fases mais tardias, influenciando-lhes negativamente a percepção de QV (BITTENCOURT, 2003; ZIMMERMANN; CARVALHO; MARI, 2004).

A falta de oportunidade de aproveitar a vida é explicada pelo fato de o tratamento hemodialítico ser responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos serem limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que podem refletir na QV (MARTINS; CESARINO, 2005).

O presente estudo não apresentou comprometimento significativo nos “domínios sociais e ambientais” (tabela 2), na qualidade de vida dos indivíduos renais crônicos em HD, pelo contrário, a mediana, nesses quesitos, nos dois grupos avaliados foi a mesma. Para Silva et al. (2005) relações familiares e de amigos são consideradas como influenciadoras da qualidade de vida das pessoas, uma vez que poder contar com a compreensão e o respeito às suas limitações ajudará na conquista de uma vida harmônica. Assim, a convivência harmônica na família e com amigos possibilita a convivência, a troca de informações, de se conhecerem cada vez mais, o que é de fundamental importância para a avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico.

Em estudo desenvolvido para avaliar a QV de renais em hemodiálise utilizando o instrumento KDQOLSF, observou que o maior escore foi para a dimensão suporte social, composta por dois itens que avaliam o grau de satisfação com o tempo junto aos familiares e amigos e o apoio recebido por eles. Esse autor considera essa dimensão de extrema relevância para os pacientes com DRC, em virtude da dependência física e emocional que desenvolvem no decorrer do processo adoecer e na manutenção da vida (KUSUMOTA, 2005).

Ao analisarmos a influência de algumas variáveis na qualidade de vida dos participantes do estudo, por meio da regressão linear múltipla, verificamos que, só o fato de o paciente fazer hemodiálise, influenciou negativamente nos “domínios satisfação com a saúde”, “domínio físico” e no “domínio psicológico”, assim como o tabagismo no domínio “percepção de qualidade de vida”, em ambos os grupos avaliados.

Quanto às influências positivas, verificamos que, maior escolaridade exerceu influência positiva nos “domínios físico” e “meio ambiente”, o estado civil (presença de um companheiro) no domínio relações sociais e maior renda influenciaram no domínio meio ambiente, em ambos os grupos avaliados.

O fato de o paciente fazer hemodiálise influenciou negativamente nos “domínios satisfação com a saúde”, “domínio físico” e no “domínio psicológico” o que pode ser facilmente entendido. Os resultados de alguns estudos mostram o conjunto de alterações e sintomas que a

doença e o tratamento provocam (SANTOS et al., 2015; NEGRI et al., 2016; CAVEIÃO et al., 2017), e a série de restrições e prejuízos a que os pacientes são submetidos nos aspectos da saúde física, funcional e do bem estar geral, são causas iminentes para redução da qualidade de vida desses indivíduos (MARTINS; CESARINO, 2005; SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

Os pacientes, quando estão vinculados a um tratamento de grande custo, apresentam grande desgaste físico e psicológico, os quais passam a interferir fortemente no nível de satisfação com sua vida. A convivência com limitações físicas, com incertezas quanto ao futuro, redução dos relacionamentos sociais, restrição financeira, entre outras, faz com que o paciente, além de sofrer o impacto físico, passe a desenvolver sintomas depressivos. Além disso, a presença de sintomas como fraqueza, indisposição e mal estar geral interferem fortemente nas atividades diárias e profissionais (GUERRERO; ALVARADO; ESPINA, 2012; MARINHO et al., 2017).

De acordo com Evaristo (2012) o tabagismo é um forte agravante para a gestão terapêutica. Em uma pesquisa realizada por Oliveira-Campos et al. (2013), com o intuito de avaliar o impacto dos fatores de risco para as doenças crônicas, evidenciou que o tabagismo é fator de risco de maior impacto na qualidade de vida dos indivíduos. Em um estudo de Castro; Matsuo e Nunes (2010) foi identificado que os fumantes tiveram menores escores comparados aos não tabagistas.

Santos et al. (2015) observaram que os pacientes apresentaram um escore de 3,38 no domínio satisfação com a saúde, o qual está no intervalo entre o “nem ruim, nem boa” e “boa”. Ao analisamos esses resultados, percebemos que só o fato do indivíduo realizar hemodiálise influencia negativamente nesse aspecto. A DRC e a hemodiálise, provocam alterações biopsicossociais na vida do indivíduo que levam à mudanças na sua percepção, pois passam a compreender a instabilidade de sua saúde e percebem que dependem de uma máquina para viver (RIBEIRO et al., 2013).

Já a escolaridade, para o “domínio físico”, mostrou-se um aspecto bastante positivo. Alguns estudos escrevem que quanto maior a escolaridade, maior é o acesso a informações e melhor as condições econômicas (SILVA et al., 2016; MARINHO et al., 2017). Desse modo, exercem atividades que exigem menor esforço físico, ocasionando menor impacto da doença nas suas atividades, além de compreenderem melhor as informações e colaborar com a adesão ao tratamento (CAVALCANTE et al., 2013).

Em relação ao “domínio psicológico”, mais uma vez, o fato do indivíduo realizar hemodiálise influenciou na redução do escore de QV, nesse quesito. Isso pode ser explicado

pelas próprias repercussões da doença, os quais vão além dos sintomas físicos, pois geram distúrbios emocionais, tais como ansiedade, depressão, diminuição da autoestima dentre outros transtornos mentais. O estudo realizado por Stasiak et al. (2014) identificou que a maioria dos pacientes que faziam HD apresentavam maiores níveis de ansiedade, devido estarem conectados, durante várias horas, nas máquinas dialisadoras. Somado a isso, os pacientes convivem com o estresse e a obrigatoriedade das visitas constantes aos hospitais, restringindo sua autonomia e independência. A auto-imagem também sofre grande impacto e sentimentos negativos, a começar pela necessidade da instalação de uma via de acesso pra diálise (fistula arteriovenosa ou cateter) e a preocupação relacionada aos cuidados que são exigidos para manutenção (NEPOMUCENO et al., 2014). O estudo de Costa; Coutinho (2014) utilizando o instrumento HADS-D, registrou que 20% dos participantes em hemodiálise apresentaram sintomas de depressão.

No domínio das “relações sociais”, o estado civil apresentou forte influência, pois a presença de um companheiro contribui para enfrentamento das adversidades. No estudo de Marchiori; Dias e Tavares (2013), utilizando o WHOQOL-Bref, foi observado que o maior escore de QV foi no “domínio relações sociais”, sobretudo nos participantes que possuem companhia conjugal. À medida que se tem o apoio de uma companhia e da família, o paciente recebe cuidado, carinho, empatia, afetividade e aceitação, o que contribui como suporte, motiva-o e o auxilia no enfrentamento das adversidades (LIMA, 2016). O apoio familiar e de amigos atua como alavanca para manter o equilíbrio, estimula as mudanças dos hábitos e a promove a realização de comportamentos que melhoram a saúde geral (SILVA et al., 2017). Sendo assim, torna-se claro que o apoio social é uma ferramenta que viabiliza a adaptação e enfrentamento.

No nosso estudo o “domínio meio ambiente” foi influenciado positivamente pela renda individual e pela escolaridade, ao passo que a procedência foi negativa. Esse domínio aborda questões relacionadas à segurança física, disponibilidade de recursos financeiros, oportunidades de adquirir novas informações, recreação e lazer, e disponibilidade de cuidados com a saúde. A disponibilidade de recursos auxilia no acesso à saúde e ao lazer e a sensação de autoeficácia dá aos indivíduos a possibilidade de compensar perdas inevitáveis da doença (MARTINS; CESARINO, 2005).

Bezerra et al. (2012) referem que a renda e escolaridade são considerados grandes influenciadores para a realização dos cuidados da saúde, pois trata-se de variáveis que podem viabilizar que o paciente obtenha melhor acesso a saúde, melhores serviços e informações, dando mais autonomia e conhecimento para realizar as comportamentos saudáveis e contribuindo para seu bem estar (CHAVES; TEXEIRA; SILVA, 2013).

Um fato que chamou atenção foi da variável ‘residir em Uberlândia’ influenciar negativamente na QV desses pacientes. Isso pode ser justificado pelo fato de que, os pacientes do município local vivem em ambientes inseguros, e são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade devido os transportes públicos, o que vem a influenciar a qualidade de vida (PEREIRA et al., 2006; AMORIN, 2014). Outra justificativa é que residir em uma cidade desenvolvida, e de médio porte, como Uberlândia, pode influenciar na decisão desses indivíduos realizarem atividades de lazer e locomoção, pois a rotina diária e as distâncias dos lugares impossibilitam a realização dessas. Pereira e Bueno (1997) referem que o lazer tem como uma das funções promover a manutenção do relacionamento interpessoal, alívio de tensões, e recuperador das funções físicas e mentais, contribuindo assim para melhoria da qualidade de vida.

Em relação aos resultados da análise da regressão linear múltipla, identificamos as variáveis que mais influenciaram na qualidade de vida, especificamente, do grupo de indivíduos que fazem hemodiálise. Verificamos que o domínio “percepção de qualidade de vida” dos indivíduos em hemodiálise é influenciada positivamente pela presença de companheiro conjugal e maior renda. Por outro lado, fazer hemodiálise no serviço público e fumar influenciou negativamente nesse domínio de qualidade de vida.

A análise do Whoqol-Bref, especificamente, no grupo de hemodiálise percebemos que no domínio “percepção com a qualidade de vida” as variáveis que influenciaram para menores escores foram a presença de tabagismo que assemelha com o estudo de Castro; Matsuo e Nunes (2010). Pois em seu estudo, foi verificado que tabagistas tiveram prejuízo em todos os domínios avaliados pelo Whoqol-bref. Um estudo avaliando a qualidade de vida de idosos identificou que o tabaco era utilizado como forma de refúgio da solidão, de aumentar o ânimo e a autoestima, de ajudar no sono, no relaxamento e até mesmo no alívio da dor (PEREIRA et al., 2011). Entretanto, o tabagismo apresenta maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, devido seu efeito vasoconstritor e tromboembólico (BASTOS et al., 2004). Nesse ponto de vista podemos compreender que o tabagismo é um método de solução desses indivíduos mediante a condição de cronicidade e as conseqüências da DRC. Contudo, o tabaco associa-se à predisposição a outras doenças e relaciona à alta morbimortalidade, assim resultando em agravo na saúde e diminuição da sua qualidade de vida.

No domínio “satisfação com a saúde”, o fato de o paciente fazer hemodiálise em serviço público exerceu influência negativa na qualidade de vida. Constatamos que os indivíduos encaminhados para o serviço público por ser um hospital universitário de alta complexidade,

passam a interpretar que se encontra em condições graves o que os tornam mais insatisfeitos com sua saúde. Tais afirmações são apenas suposições frente a escassez em encontrarmos estudos que comparasse a percepção do indivíduo atendido no serviço público e privado

As variáveis que influenciaram positivamente no “domínio físico”, foram ter maior número de comorbidades, ser do serviço público, ter maior escolaridade, mais idade, maior número pessoas na residência e maior tempo da sessão da hemodiálise. A escolaridade mostrou-se uma positiva variável, conforme cita o estudo de Ribeiro et al. (2013). Nesse estudo, os portadores da DRC que possuíam maiores conhecimentos sobre a sua patologia e tratamento, eram mais equilibrados e apresentavam melhor adesão ao tratamento. Lorig et al. (1999) mostrou que pacientes com doenças crônicas e maior tempo de escolaridade podem melhorar comportamentos do seu estado de saúde e reduzindo o número e a duração de internações. Isso aponta que, apesar do indivíduo está insatisfeito com sua saúde, o seu maior nível de escolaridade contribui para a compreensão sobre a importância da hemodiálise no quesito físico e diminuição dos sintomas urêmicos (MATOS; LUGON, 2010).

Ao contrário de alguns estudos, a variável idade contribuiu para melhores escores do domínio físico. Parcias et al. (2014) constatou em seu estudo que o impacto da HD em pessoas aposentadas é menor comparado as pessoas que estão na idade produtiva. Além disso, o processo de resiliência construído no decorrer dos anos permite a aceitação do seu estado de saúde e principalmente sobre a sua capacidade de trabalho (SLOMKA, 2010).

O número de pessoas na residência demonstrou auxiliar no domínio físico, confirmando que o apoio familiar e social são aspectos importantes. A existência de um companheiro e/ou residir com a família pode contribuir para os cuidados que precisam ser mantidos no domicílio, como também auxílio nas atividades diárias, visto que a DRC contribui para perdas funcionais que comprometem a independência e autonomia, o que muitas vezes torna-os dependentes parciais ou totais (KUSUMOTO et al., 2007). Nesse sentido, pessoas com mais idade tendem a ser mais dependentes e ter maior apoio da família e companheiro, o que proporciona amparo na realização das atividades diárias e contribui em maiores escores na dimensão físico da sua qualidade de vida (SILVA, 2013).

Apesar da fraca magnitude da variável tempo de sessão de HD, ela demonstrou ser positiva para o “domínio físico”. Todavia, não encontramos estudos que se embasassem a esse achado, mas levantamos a hipótese de que indivíduos que realizam a sessão da HD em maior tempo apresentam diminuição significativa das escórias e maior redução dos sintomas de uremia, o que contribui na melhora física desses indivíduos (MATOS; LUGON, 2010).

O número de comorbidades foi uma variável que correlacionou negativamente na

condição física, pois sabemos que a coexistência de diferentes patologias agrava o estado de saúde e acarreta na redução da capacidade funcional e na qualidade de vida desses indivíduos (NEGRI et al., 2016). Dentre elas destacamos a diabetes mellitus, a insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e a doença cardiovascular (FERNANDES et al., 2017).

A única variável que influenciou positivamente no “domínio psicológico” foi ter maior escolaridade. Por outro lado, curiosamente, ter maior renda e ser atendido no serviço público influenciou negativamente nesse domínio de qualidade de vida.

Concernente ao “domínio psicológico” a escolaridade foi a única variável que influenciou positivamente, pois o indivíduo que possui maior escolaridade proporcionalmente ele possui maior nível de compreensão de sua saúde, de hábitos e condutas que trazem melhorias a sua qualidade de vida em todos os aspectos. No nosso estudo foi verificado que maior renda repercute negativamente na qualidade de vida, porém não encontramos na literatura dados que justificasse esse achado. Contudo, podemos inferir que teoricamente as pessoas que ganham mais são as que possuem maior nível de instrução, ou seja, mais cientes da sua condição de saúde. Esse fator ligado a variável de ser atendido em um serviço público de alta complexidade impulsionam a redução de sentimentos positivos sobre si.

A variável morar em Uberlândia contribuiu negativamente para menores escores no domínio psicológico. Compreendemos que no ambiente urbano, a quantidade de laços afetivos são menores ou muitas das vezes inexistentes, havendo então uma tendência para o isolamento social e desencadeamento de transtornos mentais.

As variáveis idade e maior tempo das sessões de hemodiálise interferiram positivamente no domínio “relações sociais”, além de ter um nível maior de instrução, ser mais velho e passar mais tempo nas sessões de hemodiálise exerceu maior influência positiva no domínio “meio ambiente”.

A variável ‘ser atendido no serviço público’ interferiu com menores escores nos nossos resultados, porém não encontramos estudos que verificassem a influência dessa variável sobre a qualidade de vida, mas sugerimos que o fato do indivíduo realizar a hemodiálise em um hospital de alta complexidade traz um peso negativo na sua percepção sobre a sua QV. Além disso, vale ressaltar que o indivíduo que é direcionado para instituição pública geralmente são pessoas com menores condições financeiras (NOGUEIRA et al., 2012). Dentre esse domínio as variáveis que foram estaticamente positivas foram o estado civil e a escolaridade, onde possuir um companheiro torna se uma estratégia de enfrentamento e estímulo frente ao novo estilo de vida, e nível de instrução que quanto maior contribui para a compreensão, a busca de novos conhecimentos e construção de habilidades para o autocuidado.

Maior tempo de sessões (min) demonstrou no nosso estudo ser influenciadora para melhores escores no domínio das relações sociais e meio ambiente, esse achado pode ser explicado devido o ambiente da HD ser onde os indivíduos convivem e dialogam, expressam suas emoções e compartilham seus medos e temores com os pacientes e profissionais da saúde (FORTES et al., 2010). Esse resultado pode ser justificado a outras variáveis encontradas em nosso estudo como exemplo a maioria viver sozinho, e morar em ambiente urbano com menores vínculos afetivos, e a existência de comorbidades que traz incapacitações físicas e sociais. A rede de relacionamentos e o vínculo construído do paciente com a equipe de saúde podem influenciar de maneira significativa nas atitudes tomadas pelo indivíduo em sua reabilitação, como também facilita a identificação de dificuldades e alterações, desse modo, intervindo previamente em agravos na qualidade de vida dos indivíduos.

Relacionado ao “domínio meio ambiente”, observamos que residir em cidade desenvolvida influenciou negativamente, esse dado confirma que os meios urbanos fornecem menor segurança física, como também é mais propício a poluição causada pelo maior número de habitantes e de indústrias, as condições caóticas dos transportes públicos e do trânsito (AMORIN, 2014). Outra correlação que temos são que a maioria dos participantes do nosso estudo apresentou menor renda e essa condição interfere na disponibilidade de recursos financeiros e acesso aos serviços de saúde.

A idade e a escolaridade novamente foram significativas, isso remete ao que descrevemos anteriormente onde o indivíduo que possui maior escolaridade e possui maior idade proporcionalmente possui maior nível de compreensão de sua saúde, e maiores níveis de qualidade de vida em todos os aspectos.

Desse modo, o grau de escolaridade e a idade dos indivíduos podem ser utilizados pelos profissionais da saúde como um instrumento de auxílio durante a comunicação, pois por meio deles torna se possível a educação em saúde efetiva, o que conduz à prática e ações que melhoram a saúde e a qualidade de vida desses indivíduos. Vale salientar que na assistência prestada a esses indivíduos, a equipe multiprofissional deve atuar conjuntamente, visando identificar as fragilidades, bem como o planejamento de estratégias, atividades e projetos que venham potencializar o cuidado e minimizar os agravos iminentes da DRC.

Definir a qualidade de vida baseando-se apenas em um instrumento genérico é insuficiente para mensurar a real magnitude do impacto da doença sobre a vida desses pacientes. Além disso, cada vez mais, é desejável uma amostra mais representativa que consiga explicar todas essas lacunas que ainda existem e que foram expostas nesse estudo. Sendo assim, sugerimos que estes pontos sejam abordados em estudos futuros.

7 CONCLUSÕES

- ✓ As pontuações do instrumento Whoqol-Bref do grupo de estudo (em hemodiálise), foram significativamente menores que do grupo normativo;
- ✓ Apenas os domínios físico e psicológico do instrumento Whoqol-Bref apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos de doentes renais crônicos (em hemodiálise) e o grupo normativo;

As variáveis que mais interferiram com a QV do grupo de doentes renais crônicos, em hemodiálise, foram:

- ✓ Ter um companheiro conjugal e ter maior renda exerceu influência positiva no domínio percepção de qualidade de vida, ao passo que fazer hemodiálise no serviço público e fumar exerceu influência negativa nesse domínio;
- ✓ As variáveis que influenciaram negativamente no domínio físico, foram ter maior número de comorbidades, e ser do serviço público.
- ✓ As variáveis ter maior escolaridade, mais idade, maior número pessoas na residência e maior tempo da sessão da hemodiálise influenciaram positivamente no domínio físico.
- ✓ A única variável que influenciou positivamente no domínio psicológico foi ter maior escolaridade. Por outro lado, ter maior renda e ser atendido no serviço público influenciou negativamente nesse domínio de qualidade de vida.
- ✓ As variáveis ter mais idade e passar maior tempo das sessões de hemodiálise interferiram positivamente no domínio relações sociais, além de ter um nível maior de instrução, ser mais velho e passar mais tempo nas sessões de hemodiálise exerceram influencia positiva no domínio meio ambiente.
- ✓ Residir em Uberlândia exerceu influência negativa no domínio meio ambiente.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, A.; MACEIRAS, M. J. Sexualidade e pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 9., 2012, Lisboa. **Anais...** Lisboa: [Placebo], 2012. p. 8-13.
- ALMEIDA, A. B.; ALVES, V. F.; SILVA, S. D. C.. Qualidade de Vida do Paciente Renal Crônico em Hemodiálise. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, [Lagoinha] v. 2, n. 1, p. 83-93, 2016.
- ALMEIDA, O. et al. Envolvimento e participação da pessoa com doença renal crônica em seus cuidados: uma revisão sob a perspectiva qualitativa. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 6., 2017, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: [s.n], 2017. p.742-752.
- AMORIM, R. I. **Mobilidade urbana**: o uso da bicicleta como estratégia de enfrentamento ao stress e ansiedade causado pelo trânsito, 2014.35 f. Trabalho de conclusão de Curso (Pós Graduação em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2014.
- AZEVEDO, S. M.; AZEVEDO, S. A.; MANHÃES, L. S. P. Insuficiência Renal Crônica: Análise do binômio enfermeiro-portador de IRC. **Biológicas & Saúde**, [Curitiba], v. 5, n. 19, p. 11-34, 2015.
- BARBOSA, G. S.; VALADARES, G. V. Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, [Rio de Janeiro], v. 13, n. 1, p. 17-23, 2009.
- BARBOSA, L. M. M.; A. JUNIOR, MP; BASTOS, K. A. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [São Paulo], v. 29, n. 4, p. 222-9, 2007.
- BASTOS, M. G. et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [São Paulo], v. 26, n. 4, p. 202-15, 2004.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, M. G. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira** [São Paulo], v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.
- BERARDINELL, L. M. et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev enferm UERJ**, [Rio de Janeiro], v. 22, n. 5, p. 603-9, 2014.
- BERLIM, M. T.; MATTEVI, B. S.; FLECK, M. P.A. Depression and quality of life among depressed Brazilian outpatients. **Psychiatric services**, [s.n], v. 54, n. 2, p. 254-254, 2003.
- BEZERRA, M. L. R. et al. Diagnósticos de enfermagem conforme a teoria do autocuidado de Orem para pacientes em tratamento hemodialítico. **Revista Ciência em Extensão**, [São Paulo], v. 8, n. 1, p. 60-81, 2012.

BIBIANO, R. S.; SOUZA, C. A.; SILVA, A. C.; A percepção da autoimagem do cliente renal crônico com cateter temporário de duplo lúmen. **Revista Pró-UniverSUS**, [s.n], v. 5, n. 1, p. 05-11, 2014.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C. **Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas**: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados. 2003. 156 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

BLAY, S. L.; MARCHESONI, M. S. M. Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQOL-Bref scores. **Cadernos de Saúde Pública**, [Rio de Janeiro], v. 27, n. 4, p. 677-686, 2011.

BOTTI, N. C. L. et al. Avaliação da qualidade de vida dos estudantes de enfermagem segundo o Whoqol-Bref. **Journal of Nursing UFPE on line**, [Recife], v. 3, n. 1, p. 11-17, 2009.

BRAGA, M. C. P. et al. Qualidade de vida medida pelo Whoqol-bref: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, [Juiz de Fora], v. 14, n. 1, p. 93-100, 2011.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Hemodiálise**. São Paulo: [Jornal Brasileiro de Nefrologia], 2015. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/publico/hemodialise>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

CALUMBI, R. A. et al. Avaliação da qualidade de vida dos anestesiológicos da cidade do Recife. **Revista Brasileira Anestesiologia**, [Botafogo] v. 60, n. 1, p. 42-51, 2010.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F.. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [Salvador], v. 32, n. 2, p. 232, 2014.

CAVALCANTE, M. C. V. et al. Factors associated with the quality of life of adults subjected to hemodialysis in a city in northeast Brazil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [São Paulo], v. 35, n. 2, p. 79-86, 2013.

CARVALHO, I.M.M. de.; ALMEIDA, P.H. Família e Proteção Social. **São Paulo em Perspectiva**, [São Paulo], v. 17, n. 2, p. 109-122, 2003.

CAVEIÃO, C. et al. Qualidade de vida em mulheres com doença renal crônica submetida à hemodiálise. **Cadernos da Escola de Saúde**, [Rio de Janeiro] v. 1, n. 11, p. 200-212, 2017.

CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V.; Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [Brasília], v. 36, n. 1, p. 67-74, 2010.

CASTRO, M. M. L. D.; HÖKERBERG, Y. H. M.; PASSOS, S. R. L.; Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [Rio de Janeiro] v. 29, n. 7, p. 1357-1369, 2013.

CHAVES, M. O.; TEIXEIRA, M.R.F.; SILVA, S.E.D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, [Brasília], v. 66, n. 2, p. 215-221, 2013.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida **Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)**. 1997.

CONLEY, S.; REDEKER, N.; A Systematic Review of Self-Management Interventions for Inflammatory Bowel Disease. **Journal of Nursing Scholarship**, [Hoboken], v. 48, n. 2, p. 118-127, 2016.

CORDEIRO, J. A. B. L.; **Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica**. 2006. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

COSTA, F. G; COUTINHO, M. P. L. Hemodiálise e depressão: representação social dos pacientes. **Psicologia em Estudo**, [Maringá], v. 19, n. 4, p. 657-667, 2014.

COSTA, L.S. V. et al. Análise comparativa da qualidade de vida, equilíbrio e força muscular em idosos praticantes de exercício físico e sedentários. **Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos**, [Goiás], v. 8, n. 3, 2016.

DIAS, A. M., CUNHA, M., SANTOS, A., NEVES, A., PINTO, A., SILVA, A., CASTRO, S. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, [s.n], n 40, p. 201-219, 2016.

DYNIEWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; KOBUS, L. S. G.; Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [Goiânia] v. 6, n. 2, p. 200-212, 2006.

EVARISTO, A. M.. **O perfil de autocuidado dos clientes hemodialisados: influência no sucesso da gestão do regime terapêutico**. 2012. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Curso Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto Alegre, 2012.

FARIAS, G.; MARTINS, R.; Qualidade de vida da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, [s.n] n. 48, p. 195-209, 2016.

FASSBINDER, T. R. C. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise: Um estudo transversal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**,[São Paulo], v. 37, n. 1, p. 47-54, 2015.

FERNANDES, J. S. M. et al. **Investigação de associações de comorbidades com sintomas depressivos e qualidade de vida em hemodiálise de manutenção: estudo**. 2017. Monografia (Trabalho de conclusão de curso) – Faculdade de medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

FLECK, M. P. A.; O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FREITAS, M., C. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [Rio de Janeiro] v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015.

GOMES, J. R. A. A.; HAMANN, E. M.; GUTIERREZ, M. M. U.; Aplicação do WHOQOL-BREF em segmento da comunidade como subsídio para ações de promoção da saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [São Paulo], v. 17, n. 2, p. 495-516, 2014.

GONÇALVES, F. A. et al. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba-PR. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [São Paulo], v. 37, n. 4, p. 467-474, 2015.

GOUVEIA, M. T. O et al. Quality of life and welfare of nursing university students: integrative review/Qualidade de vida e bem-estar dos estudantes universitários de enfermagem: revisão integrativa/Calidad de vida y bienestar de los estudiantes de enfermería.. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 6, n. 3, p. 72-78, 2017.

GRANT, Elizabeth et al. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. **Palliative and supportive care**, [s.n] v. 2, n. 04, p. 371-378, 2004.

GUERRERO, G. V.; ALVARADO, S. O.; ESPINA, C. M.; Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [Ribeirão Preto] v. 20, n. 5, p. 838-846, 2012.

HIGA, K. et al. Quality of life of patients with chronic renal insufficiency undergoing dialysis treatment. **Acta Paulista de Enfermagem**, [São Paulo] v. 21, n. SPE, p. 203-206, 2008.

HUEPPE, A.; J. LANGBRANDTNER, H. RASPE; Inviting Patients with Inflammatory Bowel Disease to Active Involvement in Their Own Care: A Randomized Controlled Trial, **Inflammatory Bowel Diseases**, [s.n], v. 20, n. 6, p. 1057–1069, 2014.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; KLUTHCOVSKY, F. A.; WHOQOL-bref, an instrument for quality of life assessment: a systematic review. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [Porto Alegre], v. 31, n. 3, p. 1-12, 2009.

KUSUMOTA, L.; **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise**. 2005. 144 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LATA, Aline Gozzi Braga et al. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, [São Paulo], v. 21, n. esp, p. 160-163, 2008.

LI, Huijuan et al. Nonmotor symptoms are independently associated with impaired health-related quality of life in Chinese patients with Parkinson's disease. **Movement Disorders**, [s.n], v. 25, n. 16, p. 2740-2746, 2010.

LIMA, Andréia Barbosa de. **Estresse, depressão e suporte familiar em pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise**. 2016. 74 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, 2016.

- LIRA, C. L. O. B. de; AVELAR, T. C.; BUENO, J. M. M. H.; Coping e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, [Londrina], v. 6, n. 1, p. 82-99, 2015.
- LOPES, J. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, [São Paulo], v. 27, n. 3, p. 230-236, 2014.
- LORIG, K. R. et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. **Medical care**, [s.n], v. 37, n. 1, p. 5-14, 1999.
- LUCENA, A. F et al. Complicações infecciosas no transplante renal e suas implicações às intervenções de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, [Recife] Vol. 7, p. 953-959, 2013.
- MARCHIORI, G. F.; DIAS, F. A.; TAVARES, S. D. M.; Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. **Revista de Enfermagem UFPE** [Recife] v. 7, n. 4, p. 1098-1106, 2013.
- MACHADO, G. R. G.; PINHATI, F. R.; Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Cadernos UniFOA**, [Três Poços] v. 9, n. 26, p. 137-148, 2014.
- MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, [São Paulo], v. 23, n. 4, p. 546-551, 2010.
- MARINHO, C. L. A. et al. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [Maceió], v. 18, n. 3, p. 396-403, 2017.
- MARINHO, C. L. A. et al. Associação entre características sociodemográficas e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Revista Cuidarte**, [s.n], v. 9, n. 1, p. 2017-2021, 2018.
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B.; Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [São Paulo], v. 13, n. 5, p. 670-676, 2005.
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Atualização sobre programas de educação e reabilitação para pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, [São Paulo], v. 26, n. 1, p. 45-50, 2004.
- MATOS, J. P. S.; LUGON, J. R.; Alternative hemodialysis regimens. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [São Paulo], v. 32, n. 1, p. 114-119, 2010.
- MATTOS, M.; MARUYAMA, S. A. T. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista Gaúcha de enfermagem**, [Porto Alegre], v. 31, n. 3, p. 428, 2010.
- MELO, W. F. et al. Assistência de enfermagem na urgência e emergência ao paciente vítima de Insuficiência Renal Aguda: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, [Brasília], v. 5, n. 2, p. 06-11, 2015.

MENDONÇA, A. E. O et al. Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. **Acta Paulista de Enfermagem**, [São Paulo], v. 27, n. 3, p. 953-959, 2014.

MORTARI, D. M., et al.; Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. **Revista Scientia Medica**, [s.n], v 20, n. 2, p. 156-160, 2010.

NEGRI, E. C. et al. Qualidade de vida do paciente com insuficiência renal crônica submetido à hemodiálise. **Colloquium Vitae**, [São Paulo], v.8, n. 2, p. 32-36, 2016.

NEPOMUCENO, Fabio Correia Lima et al. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Saúde em Debate**, [s.n], v. 38, p. 119-128, 2014.

NOGUEIRA, L. S. et al. Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, [Santa Catarina], v. 21, n. 1, p. 59-67, 2012.

OLIVEIRA, Araiê Prado Berger et al. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [São Paulo] v. 38, n. 4, p. 411-420, 2016.

OLIVEIRA-CAMPOS, Maryane et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p.873-882, 2013.

OLIVEIRA, T. F. M. et al. Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodialise e diálise peritoneal: Um estudo crítico. **Psicologo informacao**, [Rio de Janeiro], v. 12, n. 12, p. 10-31, 2008.

OTTAVIANI, A. C. et al. Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Texto e Contexto Enfermagem**, [Santa Catarina],v. 25, n. 3, p. 2-8, 2016.

PARCIAS, S. R. et al. Qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Rev Med Minas Gerais**, [Belo Horizonte], v. 24, n.1, p 16-20, 2014.

PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Quality of life among nursing assistants and licensed practical nurses from intensive care units. **Acta Paulista de Enfermagem**, [São Paulo], v. 20, n. 3, p. 305-310, 2007.

PENA, Maria Teresa Beja Pereira Ferreira. **Empoderamento da pessoa com Diabetes tipo 2**. 2012. 157 f. Dissertação (mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, Instituto Politécnico de Beja, Beja, 2012.

PEREIRA, M. E. R.; BUENO, S. M. V.; Lazer-um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [Ribeirão Preto], v. 5, n. 4, p. 75-83, 1997.

PEREIRA, R. J. et al.; Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul**, [Porto Alegre], v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

- PEREIRA, R. J. et al.; Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 16, p. 2907-2917, 2011.
- PEREIRA, D. N. et al.; Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. **Cinergis**, [s.n], v. 18, n. 3, p. 216-221, 2017.
- PFEIFFER, E.; A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, [US] v. 23, n. 10, p. 433-441, 1975.
- QUEIRÓZ R.F.; **Reflexos do andar a vida**: percepções dos idosos de grupos comunitários acerca de sua qualidade de vida em Rio Branco/AC. 90 f Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2000.
- REBOUÇAS, C. B. A. et al. Avaliação da qualidade de vida de deficientes visuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [Brasília], v. 69, n. 1, p. 72-78, 2016.
- REBOREDTO, M. M. et al. Exercício físico em pacientes dialisados. **Revista Brasileira Medicina e do Esporte**, [São Paulo], v. 13, n. 6, p. 427-430, 2007.
- RIBEIRO, C. D. S. et al. Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. **Revista Interdisciplinar**, [Piauí], v. 6, n. 3, p. 36-44, 2013.
- RIBEIRO, K. M. R. A.; Cuidados de enfermagem aos pacientes com insuficiência renal crônica no ambientes hospitalar. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, [s.n], v. 6, n. 18, p. 26-35, 2016.
- ROCHA, D. F.; **Importância do planejamento didático de intervenções educativas para a adesão ao tratamento imunossupressor em pacientes transplantados renais**. 2017. 98 f. Dissertação - Programa De Pós-Graduação Em Ensino Na Saúde, Universidade Federal De Ciências Da Saúde De Porto Alegre, Porto Alegre, 2017.
- RODRIGUES, D. F. et al. Vivências dos homens submetidos à hemodiálise acerca de sua sexualidade. **Avances em Enfermería**, [Colombia], v. 29, n. 2, p. 255-62, 2011.
- ROMBALDI, A. J. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [Rio de Janeiro], v. 13, n. 4, p. 620-629, 2010.
- RONCADA, C. et al. Valor do emprego do questionário WHOQOL-BREF na avaliação da qualidade de vida de pais de crianças com asma. **Revista Paulista de Pediatria**, [São Paulo], v. 33, n. 3, p. 267-273, 2015.
- SALOMÉ, G.M.; BLANES, L.; FERREIRA, L.M.; Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, [São Paulo], v. 27, n. 1, p. 124-9, 2012.
- SANTOS, C. M. et al.; Perceptions of nurses and clients about nursing care in kidney transplantation. **Acta Paulista de Enfermagem**, [São Paulo], v. 28, n. 4, p. 337-343, 2015.

SANTOS, A. C. B. et al. Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [São Paulo], v. 35, n. 4, p. 279-288, 2013.

SANTOS, R. R. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica sob tratamento hemodialítico. **Revista Interdisciplinar**, [Rio de Janeiro], v. 8, n. 3, p. 83-92, 2015.

SARAIVA, L. E. F. et al. Condições crônicas de saúde relacionadas à qualidade de vida de servidores federais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [Porto Alegre], v. 36, n. 2, p. 35-41, 2015.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de saúde pública**, [Rio de Janeiro], v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SESSO, R.; GORDON, P. Dados disponíveis sobre a Doença Renal Crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [São Paulo], v. 29, n. 1, supl. 1, p. 09-12, mar. 2007.

SILVA, K. G. N.; **Qualidade de vida de idosos portadores de insuficiência renal crônica submetidos ao tratamento de hemodiálise**. 2013. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SILVA, A. S. et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [Brasília], v. 64, n. 5, p. 839-844, 2011.

SILVA, G. D. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: análise de fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, [s.n] v. 8, n. 3, 2016.

SILVA, J. M. B.; Nível de satisfação: fator gerador de qualidade de vida no trabalho/Level of satisfaction: factor generator of quality of life at work. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, [Rio de Janeiro], v. 10, n. 2, p. 343-350, 2018.

SILVA, K. G. et al. Relação entre a qualidade de vida e o consumo alimentar de professores de rede privada. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental** [Rio de Janeiro], v. 9, n. 4, p. 962-970, 2017.

SILVA D. M. G. V, et al.; Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Revista Latino-Am Enfermagem**, [Ribeirão Preto], v. 13, p. 7-14, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA et al. Censo de diálise SBN 2013. Disponível em: < <http://www.censo-sbn.org.br/inicio>>. Acesso em 13 de março 2018.

SOUSA, M. B. **Eventos adversos no tratamento de hemodiálise**. 25 f. Trabalho de Conclusão de curso - Faculdade De Ciências Da Educação E Saúde, Centro Universitário de Enfermagem, Brasília, 2018.

SKOPINSKI, F.; RESENDE, L. T.; SCHNEIDER, R. H. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 95-105, 2015.

STASIAK, C. E. S. et al. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [São Paulo], v. 36, n. 3, p. 325-331, 2014.

SLOMKA, L.; **Associação entre o nível de resiliência e o estado clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise**. 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

TAKEMOTO, A. Y. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Revista Gaúcha de enfermagem**, [Porto Alegre], v. 32, n. 2, p. 256, 2011.

TEIXEIRA, J. R. B. et al. Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas. **Cadernos de Saúde Pública**, [Rio de Janeiro], v. 31, p. 97-110, 2015.

TEMPSKI, P. et al. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. **BMC medical education**, [s.n], v. 12, n. 1, p. 106, 2012.

TORRES, C. H.; PACE, A. E.; STRADIOTO, A. M.; Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enfermagem**, [Curitiba], v. 15, n. 1, p. 48-54, 2010.

TRENTINI, M, CORRADI, E. M, ARALDI, M. A. R, Tigrinho FC. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Revista Texto Contexto Enfermagem**.V. 13, n. 1 p. 74-82, 2004.

THOMAS, V. C.; ALCHIERI, J. C.; Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. **Avaliação psicológica**, [s.n], v. 4, n. 1, 2005.

VALLE, L. S.; SOUZA, V. F.; RIBEIRO, A. M.; Stress and anxiety in chronic renal patients undergoing hemodialysis. **Estudos de Psicologia** [Campinas], v. 30, n. 1, p. 131-138, 2013.

WAGNER, E. H.; AUSTIN, B. T.; VON KORFF, M. Organizing care for patients with chronic illness. **The Milbank Quarterly**,v.8, n.1, p. 511-544, 1996.

WARE JR, J.E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. **Medical care**, [sn], v. 30, n.6, p. 473-483, 1992.

WEISSHEIMER, T. K. S. et al. **Significados atribuídos a corpo, saúde e doença pelos portadores de insuficiência renal crônica**. 2013. 87 f. Dissertação (mestrado) – Programa Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Constitution of the world health organization**. US: Supplement, 1995.

ZANEI, S. S. V.; **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares**. 2006. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. .

ZIMMERMANN P.R, CARVALHO J. MARI, J. J. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. **Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul**. V. 26, n. 3, p. 312-318.