Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva sob situação de vulnerabilidade social

Quality of life of patients on renal replacement therapy in a situation of social vulnerability

Calidad de vida de pacientes en terapia renal sustitutiva en situación de vulnerabilidad social

Luiz Carlos Nogueira Falcão[1], Viviane Lopes Nogueira[2], Felipe André Sousa Silva[1], Larissa Maria Rodrigues Cruz Sá[1], Giuvan Dias de Sá Júnior[3], Mayara Ladeira Coêlho[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar a qualidade de vida dos pacientes com DRC em hemodiálise, em um município do Maranhão, Brasil. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal com 47 pacientes hemodialíticos de uma clínica no Maranhão, com aplicação de questionário sociodemográfico e KDQOL-SF™ 1.3. **Resultados:** Predominou o sexo masculino, maiores de 60 anos, casados, escolaridade abaixo do ensino médio, desempregados, nível socioeconômico baixo, residindo em casas com familiares e na zona urbana. Destacaram-se as atividades que exigem muito esforço, tempo demandado à DRC, decepção, saúde afetando trabalho pago, câibras e fraqueza/tontura. O menor escore foi para 'carga da doença renal' e o maior para 'incentivo à equipe de diálise'. As dimensões 'papel físico', 'dor' e 'status de trabalho' não se posicionaram entre os maiores escores, mas tiveram melhor performance frente à literatura. As associações foram significativas entre estado civil e 'carga da doença renal', sexo com 'status do trabalho' e 'bem estar emocional', profissão e 'função cognitiva', escolaridade e 'incentivo à equipe de diálise', zona de residência e 'satisfação do paciente', faixa etária e 'funcionamento físico'. **Conclusão:** Os pacientes apresentaram escores satisfatórios no questionário de qualidade de vida, mas com algumas dimensões e variáveis críticas, apontando intervenções prioritárias e melhor investigação, além de indicadores.

Palavras-chave: Hemodiálise, Rim, Tratamento dialítico.

ABSTRACT

Objective: To analyze the quality of life of CKD patients on hemodialysis in a municipality in Maranhão, Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 47 hemodialysis patients at a clinic in Maranhão, applying a sociodemographic questionnaire and the KDQOL-SF™ 1.3. **Results:** The majority of patients were male, over 60 years of age, married, with less than a high school education, unemployed, with low socioeconomic status, living with family members, and in urban areas. The most common activities were demanding activities, time spent on CKD, disappointment, health affecting paid work, cramps, and weakness/dizziness. The lowest score was for "burden of kidney disease" and the highest for "encouragement of the dialysis team." The dimensions "physical role," "pain," and "work status" did not rank among the highest, but performed better than in the literature. The associations were significant between marital status and 'kidney

[1] Centro Universitário UNIFACID WYDEN, Teresina – PI.
[2] Universidade Estadual do Maranhão, Caxias – MA.
[3] Faculdade de Medicina Pitágoras, Codó – MA.

SUBMETIDO EM: 9/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

disease burden,' gender with 'work status' and 'emotional well-being,' occupation and 'cognitive function,' education level and 'dialysis team support,' area of residence and 'patient satisfaction,' age group and 'physical functioning.' **Conclusion:** Patients presented satisfactory scores on the quality of life questionnaire, but with some critical dimensions and variables, indicating priority interventions and better investigation, in addition to indicators.

Keywords: Hemodialysis, Kidney, Dialysis treatment.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la calidad de vida de pacientes con ERC en hemodiálisis en un municipio de Maranhão, Brasil. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal con 47 pacientes en hemodiálisis en una clínica de Maranhão, aplicando un cuestionario sociodemográfico y el KDQOL-SF™ 1.3. **Resultados:** La mayoría de los pacientes eran hombres, mayores de 60 años, casados, con educación inferior a la secundaria, desempleados, de bajo nivel socioeconómico, residentes en familias y en zonas urbanas. Las actividades más comunes fueron actividades exigentes, tiempo dedicado a la ERC, decepción, afectación de la salud laboral, calambres y debilidad/mareos. La puntuación más baja se obtuvo en "carga de la enfermedad renal" y la más alta en "motivación del equipo de diálisis". Las dimensiones "rol físico", "dolor" y "situación laboral" no se clasificaron entre las más altas, pero obtuvieron un mejor rendimiento que en la literatura. Las asociaciones fueron significativas entre el estado civil y la carga de enfermedad renal, el género con la situación laboral y el bienestar emocional, la ocupación y la función cognitiva, el nivel educativo y el apoyo del equipo de diálisis, la zona de residencia y la satisfacción del paciente, el grupo de edad y el funcionamiento físico. **Conclusión:** Los pacientes presentaron puntuaciones satisfactorias en el cuestionario de calidad de vida, pero con algunas dimensiones y variables críticas, lo que indica intervenciones prioritarias y una mejor investigación, además de los indicadores.

Palabras clave: Hemodiálisis, Riñón, Tratamiento de diálisis.

INTRODUÇÃO

A DRC é uma síndrome complexa, irreversível, de evolução lenta e progressiva caracterizada por alterações na função e/ou estrutura renal, cujo diagnóstico engloba uma taxa de filtração glomerular abaixo de 60 ml/min/1,73 m^2 associado com albuminúria, hematúria, distúrbios hidroeletrolíticos e alterações na imagem renal (SILVA PAB, et al., 2020). O aumento da prevalência de hipertensão, diabetes e outras patologias cardiovasculares projetam a DRC como um dos maiores problemas de saúde pública, tendo em vista que, aproximadamente, 861 milhões de indivíduos são acometidos por doenças renais, com a grande maioria destes apresentando DRC (JAGER KJ, et al., 2019).

Estimativas indicam prevalência global em torno de 9,1% na população em geral, com projeções epidemiológicas prevendo que, em 2040, a DRC estará entre as maiores taxas de mortalidade no mundo (GBD CHRONIC KIDNEY DISEASE COLLABORATION, 2020). No Brasil, a taxa em adultos é de 6,7%, triplicando em indivíduos maiores de 60 anos (MALTA DC, et al., 2019).

No país, dentre as opções de tratamento para os pacientes com essa condição, predomina a HD como terapia renal substitutiva. No entanto, apesar dessa intervenção garantir a sobrevivência dos pacientes, os mesmos podem desenvolver diversas alterações fisiológicas, psicológicas, sociais e emocionais, interferindo diretamente na qualidade de vida (CHUASUWAN A, et al., 2020). A partir do diagnóstico da DRC e das complicações decorrentes do tratamento, as evidências científicas têm apontada prejuízos nas habilidades funcionais, bem-estar geral, desequilíbrios psicológicos e alterações nas interações sociais que afetam não só o paciente como também a família (FREIRE SML, et al., 2021; MONÁRREZ-ESPINO J, et al., 2021).

Nesse contexto e considerando que esses fatores podem interferir na terapia adequada e seu êxito, o presente estudo está pautado na necessidade de investigar os aspectos da qualidade de vida que impactam na manutenção do tratamento dialítico em pacientes do Maranhão, região Nordeste do Brasil. Vale ressaltar

que esse Estado é o menos desenvolvido do país segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,676, destacando a relevância do estudo para a saúde por abordar um público de pacientes sob condição de vulnerabilidade social (PNUD, 2024). Diante do exposto, essa pesquisa teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos pacientes com DRC hemodialíticos, em um município do Maranhão, Nordeste do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional exploratório, transversal, descritivo, quantitativo, em conformidade com as resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde, sendo aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UniFacid – IDOMED, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 70774623.9.0000.5211. Os participantes foram informados sobre o objetivo, importância, riscos e benefícios, aceitando contribuir voluntariamente mediante Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e Termo de Comprometimento para Utilização de Dados (TCUD).

O estudo abrangeu 47 pacientes que realizaram hemodiálise por período maior que 12 meses, com idade igual ou superior a 18 anos, acompanhados pelo serviço de nefrologia de uma clínica privada na cidade de Caxias, Maranhão, Brasil. A média de usuários nesta clínica é de 50 por turno. A amostra foi do tipo não-probabilística, de conveniência, incluindo 47 pacientes portadores de DRC em HD.

Os critérios de inclusão foram: pacientes entre 18 e 70 anos, de ambos os sexos, portadores de DRC com mais de um ano de HD, com função cognitiva preservada e capazes de responder o questionário. Os critérios de exclusão foram: i) pacientes que não se apresentaram clinicamente estáveis no momento da aplicação do questionário; e ii) pacientes acima de 70 anos devido à provável dificuldade em participar da pesquisa. No entanto, não houve participantes excluídos.

A coleta dos dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2023, durante as sessões de hemodiálise dos pacientes. Nesta etapa, aplicaram-se a ficha de avaliação sociodemográfica e o questionário de doença renal (ESRD), saúde e qualidade de vida (SF36) pelo instrumento Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF™ 1.3) (DUARTE PS, et al., 2003; FERREIRA PL e ANES E, 2010). Neste questionário, a categoria ESRD possui 11 dimensões: sintomas e problemas; efeitos da doença renal sobre a vida diária; sobrecarga imposta pela doença renal; condição de trabalho; função sexual; qualidade das interações social; função cognitiva; sono; suporte social; satisfação do doente; e estímulo da equipe de diálise. Já o segmento SF36 inclui oito dimensões: percepções da saúde geral; capacidade funcional; limitações por aspectos físicos; dor; função social; bem-estar emocional; função emocional; vitalidade/fadiga; e avaliação do estado de saúde atual referente ao último ano. A pontuação foi contabilizada de 0 a 100 e quanto mais alto o valor, melhor é a qualidade de vida.

Os dados foram compilados e descritos após a entrevista. Para o processamento e tabulação utilizaram-se os softwares Microsoft Excel 2016 e o Statistical Package for the Social Sciences-SPSS versão 26. Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis qualitativas. Para as quantitativas, utilizaram-se média, mediana, moda, frequência, porcentagem e desvio-padrão (Dp). A análise descritiva exploratória foi realizada por meio de medidas de posição e dispersão, além do intervalo de confiança (IC) de 95%. Para a análise inferencial, foram utilizados os testes U de Mann–Whitney e Kruskal Wallis, ao nível de 5% (P-valor<0,05). Os escores das dimensões do KDQOL-SF™ 1.3 foram estimados conforme recomendações do KDQOL (HAYS RD, et al., 1997).

RESULTADOS

Foi incluído um total de 47 pacientes em tratamento de HD, com predomínio para homens (72,3%, n = 34), maiores de 60 anos de idade (29,8%, n = 14, média de 50,47 ± 13,7) e casados (55,3%, n = 26). Não se verificaram pacientes menores de 20 anos e viúvos. Na escolaridade, prevaleceram o ensino médio completo (25,5%, n = 12) seguido de analfabeto (19,1%, n = 09) e ensino fundamental completo (17%, n = 08). Para a profissão, a maioria dos pacientes e seus cônjuges estavam desempregados. Quanto ao perfil socioeconômico, destacaram-se os pertencentes ao nível baixo (59,6%, n = 28), sendo todos os pacientes declarados como não institucionalizados, residindo em casas e coabitando principalmente com seus cônjuges (57,4%, n = 27) e pais (19,1%, n = 09), na zona urbana (70,2%, n = 33) (**Tabela 1**).

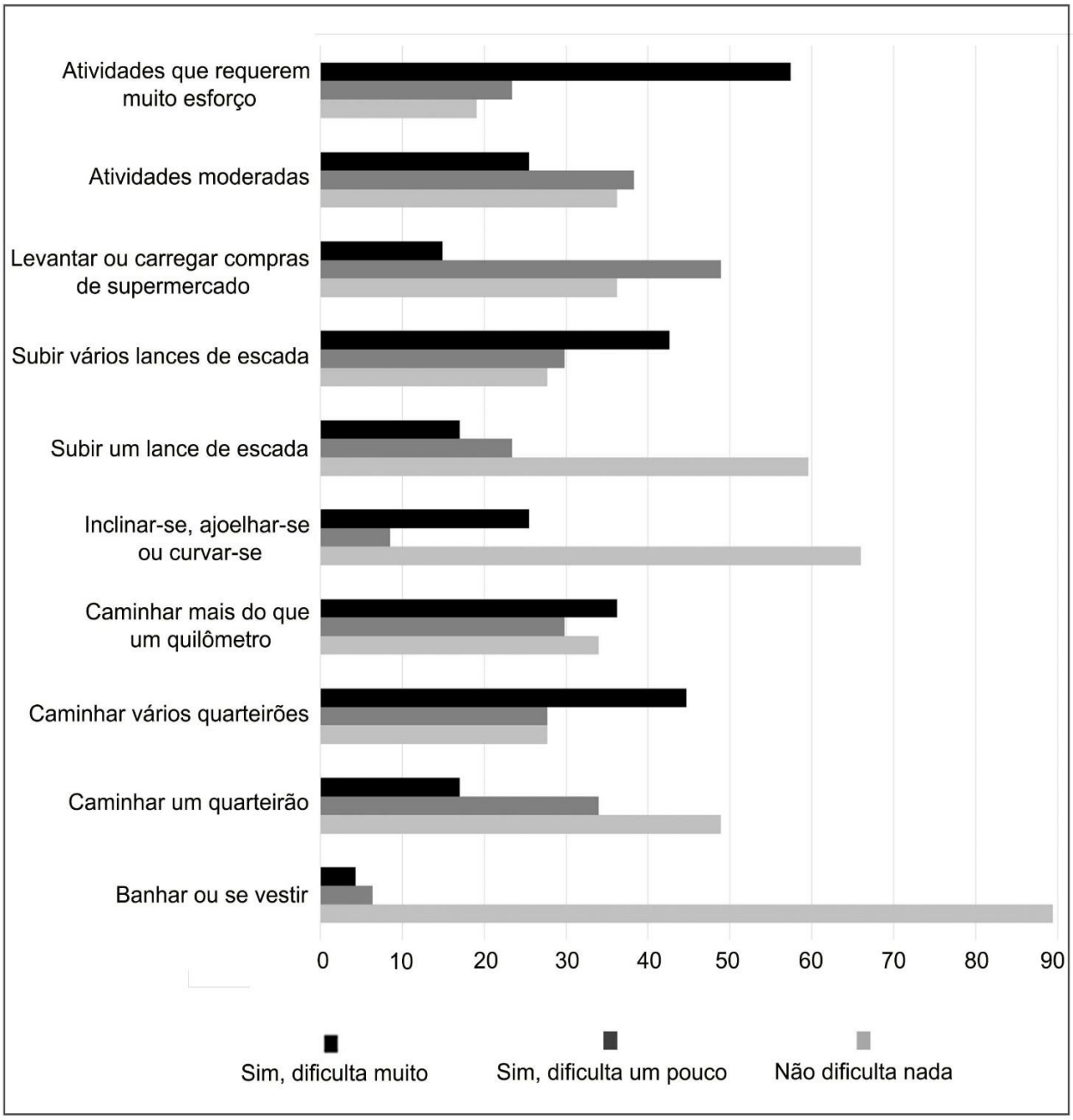
Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes de hemodiálise atendidos em clínica privada, n=47.

Variáveis	N (%)*	IC-95%*
Sexo		
Masculino	34 (72,3)	(58,5-83,5)
Feminino	13 (27,7)	(16,5-41,5)
Faixa de Idade		
0 a 20 anos	00 (0,0)	-
21 a 30 anos	04 (8,5)	(2,9-19,0)
31 a 40 anos	08 (17,0)	(8,4-29,6)
41 a 50 anos	11 (23,4)	(13,1-36,8)
51 a 59 anos	10 (21,3)	(11,5-34,5)
60 anos ou mais	14 (29,8)	(18,2-43,8)
Estado civil		
Solteiro	17 (36,2)	(23,6-50,4)
Casado	26 (55,3)	(41,1-68,9)
Viúvo	00 (0,0)	-
Divorciado	04 (8,5)	(2,9-19,0)
Escolaridade		
Superior completo	05 (10,6)	(4,2-21,8)
Superior incompleto	01 (2,1)	(0,2-9,5)
Ensino médio completo	12 (25,5)	(14,8-39,2)
Ensino médio incompleto	01 (2,1)	(0,2-9,5)
Ensino fundamental completo	08 (17,0)	(8,4-29,6)
Ensino fundamental incompleto	06 (12,8)	(5,5-24,4)
Lê e escreve	05 (10,6)	(4,2-21,8)
Analfabeto	09 (19,1)	(9,9-32,0)
Profissão		
Desempregado	28 (59,6)	(45,3-72,7)
Lavrador(a)	08 (17,0)	(8,4-29,6)
Comerciante	02 (4,3)	(0,9-13,0)
Outros	09 (19,1)	(9,9-32,0)
Profissão do cônjuge		
Desempregado	10 (37,0)	(20,9-55,8)
Lavrador(a)	07 (25,9)	(12,4-44,3)
Comerciante	01 (3,7)	(0,4-16,0)
Outros	09 (33,3)	(17,9-52,1)
Nível socioeconômico		
Mais baixo	00 (0,0)	-
Baixo	28 (59,6)	(45,3-72,7)
Médio-baixo	13 (27,7)	(16,5-41,5)
Médio	06 (12,8)	(5,5-24,4)
≥Médio–alto	00 (0,0)	-
Tipo de habitação		
Casa	47 (100,0)	-
Com quem vive atualmente		
Pais	09 (19,1)	(9,9-32,0)
Irmã(o)	01 (2,1)	(0,2-9,5)
Filho(a)	07 (14,9)	(6,9-27,0)
Cônjuge	27 (57,4)	(43,2-70,8)
Companheiro(a)	03 (6,4)	(1,8-16,1)
Vivem em zona		
Urbana	33 (70,2)	(56,2-81,8)
Rural	14 (29,8)	(18,2-43,8)

Nota: Número (N); Intervalo de confiança (IC). *Análise descritiva exploratória por meio de medidas de posição e dispersão; IC para mensurar a reprodutibilidade, com o nível de significância de 95%.
Fonte: Falcão LCN, et al., 2025.

Na avaliação da qualidade de vida através do questionário KDQOL-SF™ 1.3, observou-se que a maioria relatou seu estado de vida geral como regular (51,1%, n = 24), no qual numa escala de 0 a 10, o 5 foi mais mencionado (29,8%, n = 14). Também boa parte dos pacientes citou que a saúde está um pouco melhor agora do que há um ano. Nas dificuldades em realizar atividades diárias, foram mais citadas aquelas que requerem muito esforço (57,4%, n = 27), subida em vários lances de escada (42,6%, n = 20), caminhar mais do que um quilômetro (36,2%, n = 17) e caminhar vários quarteirões (44,7%, n = 21). Por outro lado, não foi evidenciada dificuldade em subir um lance de escada (59,6%, n = 28), inclinar-se, ajoelhar-se ou curvar-se (66,0%, n = 31), caminhar um quarteirão (48,9%, n = 23) e tomar banho ou vestir-se (89,4%, n = 42). Pouco dificuldade foi observada em atividade moderadas (38,3%, n = 18) e levantar ou carregar compras de supermercado (48,9%, n = 23) (**Figura 1**).

Figura 1 - Gráfico com a caracterização das respostas do questionário KDQOL-SF™ 1.3 de pacientes em hemodiálise sobre a dificuldade em realizar atividades diárias, n=47.



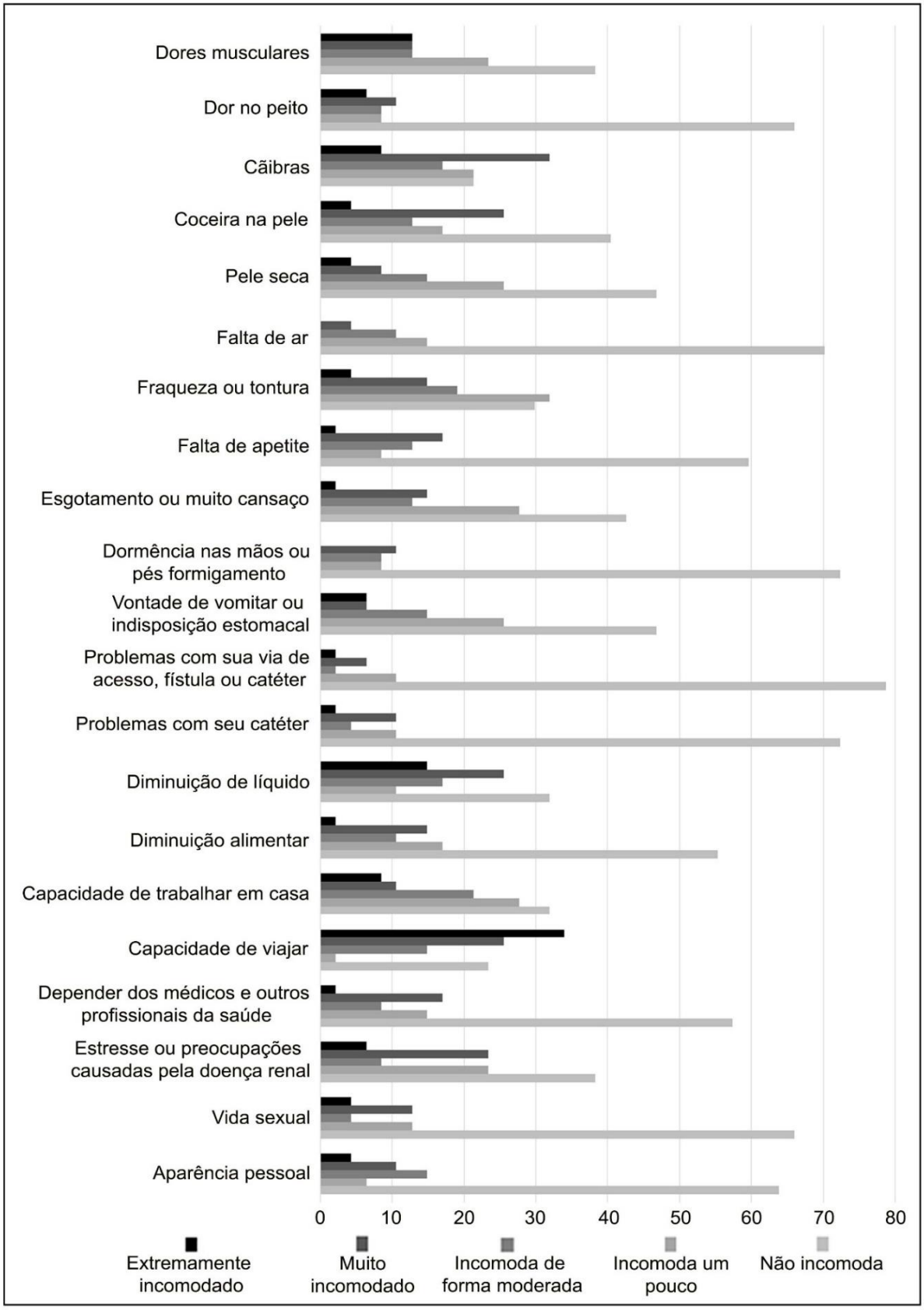
Fonte: Falcão LCN, et al., 2025.

Dentre os problemas relacionados ao trabalho ou outras atividades habituais devido à saúde física e emocional, os mais mencionados foram: fazer menos coisas que gostaria (70,2%, n = 33 e 53,2%, n = 25 respectivamente) e sentir dificuldade para trabalhar ou para realizar outras atividades (61,7%, n = 29 e 55,3%, n = 26 respectivamente). Quando questionados se os problemas com a saúde física ou emocional interferiram as atividades sociais, a maioria respondeu que não (53,2%, n = 25). No quesito dor, também foi observado que a maioria citou não sentir (27,7%, n = 13) e isso não interferiu o trabalho habitual (44,7%, n = 21) (**Tabela suplementar 1**).

A maioria dos pacientes não sente que adoece com mais facilidade do que outras pessoas (31,9%, n = 15), que a saúde vai piorar (31,9%, n = 15), que se sentem tão saudáveis quanto quaisquer pessoas que conhece (31,9%, n = 15) e que a saúde está excelente (34,0%, n = 16). Sobre a doença renal, ficou evidente que interfere na vida e que muito tempo é demandado com a doença (55,3%, n = 26). A maioria relatou se sentir decepcionado ao lidar com a DRC (34%, n = 16), mas que não se sente um peso para a família (48,9%, n = 23), não se isolou das pessoas ao redor (72,3%, n = 34), não demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram após o diagnóstico da doença (42,6%, n = 20), não se irritou com as pessoas próximas (51,1%, n = 24), não teve dificuldade para concentrar-se ou pensar (55,3%, n = 26), a todo tempo se relacionou bem com as outras pessoas (36,2%, n = 17) e que em nenhum momento se sentiu confuso (42,6%, n = 20) (**Tabela suplementar 1**).

Cãibras foi o problema que mais incomodou os pacientes em hemodiálise, em contrapartida, dores musculares, dor no peito, coceira na pele, pele seca, falta de ar, fraqueza ou tontura, falta de apetite, dormência e/ou formigamento nas mãos ou pés, vontade de vomitar ou indisposição estomacal afetaram menos. A maioria não se incomodou com os problemas da via de acesso da fístula (78,7%, n = 37), com o cateter (72,3%, n = 34), diminuição de líquido (31,9%, n = 15), diminuição alimentar (55,3%, n = 26), capacidade de trabalhar em casa (31,9%, n = 15), de depender dos médicos e outros profissionais da saúde (57,4%, n = 27), estresse ou preocupações causadas pela doença renal (38,3%, n = 18), na vida sexual (66,0%, n = 31) e aparência pessoal (63,8%, n = 30). Entretanto, a capacidade de viajar foi afetada (34%, n = 16) (**Figura 2**).

Figura 2 - Caracterização das respostas do questionário KDQOL-SF™ 1.3 de pacientes em hemodiálise sobre os problemas que mais têm incomodado durante as quatro últimas semanas, n=47.



Fonte: Falcão LCN, et al., 2025.

Em relação às questões sobre exercerem atividade remunerada, a maioria mencionou não ter recebido dinheiro para trabalhar durante as quatro últimas semanas (78,7%, n = 37), com a saúde impossibilitando de ter um trabalho pago (74,5%, n = 35). Sobre os cuidados que receberam na diálise e em termos de satisfação, os pacientes classificaram a amizade e o interesse demonstrado como "muito bom" (46,8%, n = 22), com o pessoal da diálise encorajando-os a serem mais independentes (66%, n = 31) e ajudando-os a lidarem com a doença renal (78,7%, n = 37). Para os itens sobre sexo, a maioria relatou não ter tido problema relacionado à satisfação sexual (75,0%, n = 18) e excitação (70,8%, n = 17). Quanto às relações sociais, os pacientes se mostraram muito satisfeitos com a quantidade de tempo que passam com a família e amigos (51,1%, n = 24) e com o apoio recebido (66,0%, n = 31) (**Tabela suplementar 1**).

Os escores por dimensões estão apresentados na **Tabela 2**. No ESRD, as dimensões tiveram média variando de valores baixos como 43,62 para 'carga da doença renal' e 47,87 para 'status de trabalho', a mais alto como 83,69 para 'qualidade da interação social' e 91,22 para 'incentivo à equipe de diálise'. Essa última dimensão, além de se destacar com o maior valor foi a que apresentou mais homogeneidade nos dados, com a média próxima à mediana (100,00) e a moda 100,00. Já o SF-36 demonstrou dimensões com valores menores, de 47,52 para 'papel emocional' a 76,01 para 'dor'. Apesar da dimensão 'suporte social' ter a mediana e moda altas (100,00), o Dp também foi alto, o que impacta na média não ficar entre as melhores.

Tabela 2 - Análise dos escores do questionário KDQOL-SF™ 1.3 de pacientes de hemodiálise atendidos em clínica privada, n=47.

Dimensões	Média (IC-95%)*	Med*	Md*	Dp*
	KDQOL-SF™ 1.3			
ESRD				
Lista de sintomas/problemas	75,37 (71,1-79,5)	78,85	88,46	14,37
Efeitos da doença renal	67,42 (61,5-73,2)	71,88	78,13	19,95
Carga da doença renal	43,62 (36,3-50,9)	37,50	25,00	24,88
Status de trabalho	47,87 (42,6-53,1)	50,00	50,00	17,93
Função cognitiva	81,13 (76,3-85,9)	80,00	100,00	16,41
Qualidade da interação social	83,69 (79,5-87,8)	86,67	100,00	14,16
Função sexual	74,52 (69,9-79,0)	75,00	95,00	15,50
Dormir	57,24 (53,6-60,7)	57,00	72,50	12,07
Suporte Social	68,08 (56,6-79,4)	100,00	100,00	38,83
Incentivo à equipe de diálise	91,22 (87,4-95,0)	100,00	100,00	13,01
Satisfação do paciente	64,89 (59,8-69,9)	66,67	66,67	17,11
SF-36				
Funcionamento físico	57,98 (50,1-65,7)	60,00	75,00	26,61
Papel físico	55,85 (44,4-67,2)	75,00	100,00	38,73
Dor	76,01 (69,9-82,0)	77,50	100,00	20,52
Saúde Geral	48,30 (43,0-53,5)	45,00	45,00	18,04
Bem-estar emocional	73,62 (67,7-79,4)	80,00	88,00	19,99
Papel emocional	47,52 (34,6-60,3)	33,33	0,00	43,82
Função social	68,88 (60,0-77,7)	75,00	100,00	30,16
Energia/fadiga	65,32 (60,1-70,5)	65,00	65,00	17,71

Nota: Mediana (Med); Intervalo de confiança (IC); Moda (Md); Desvio Padrão (Dp). *Análise descritiva exploratória por meio de medidas de posição e dispersão; IC para mensurar a reprodutibilidade, com o nível de significância de 95%.
Fonte: Falcão LCN, et al., 2025.

As associações significativas entre os dados sociodemográficos e os escores das dimensões ESRD e SF-36 do KDQOL-SF™ 1.3 estão elencadas na **Tabela 3**. Assim, para as dimensões ESRD as associações significativas foram entre estado civil e 'carga da doença renal' (p = 0,048), sexo com 'status do trabalho' (p = 0,024), profissão e 'função cognitiva' (p = 0,039), escolaridade e 'incentivo à equipe de diálise' (p = 0,042), zona de residência e 'satisfação do paciente' (p = 0,039). Já para as dimensões SF-3, foi possível verificar a significância estatística entre faixa etária e 'funcionamento físico' (p = 0,045), sexo e 'bem estar emocional' (p = 0,024).

Tabela 3 - Associação entre os escores do questionário KDQOL-SF™ 1.3-ESRD-SF-36 e o perfil social de pacientes de HD atendidos em clínica privada, n=47. Valores em negrito indicam as variáveis com significância estatística.

KDQOL-SF™ 1.3										
ESRD										
Dimensões*	**Carga da doença renal**		**Status de trabalho**		**Função cognitiva**		**Incentivo à equipe**		**Satisfação do paciente**	
Variáveis*	**Média ±Dp**	**P-valor**	**Média ±Dp**	**P-valor**	**Média ±Dp**	**P-valor**	**Média ±Dp**	**P-valor**	**Média ±Dp**	**P-valor**
Sexo		0,858		**0,023**		0,449		0,113		0,858
Masculino	42,83 ±51,47		**51,4 ±8,5**		82,35 ±15,82		93,38 ±10,76		64,71 ±18,70	
Feminino	45,67 ±38,46		**38,4 ±29,9**		77,95 ±18,13		85,58 ±16,81		65,39 ±12,66	
Estado civil		**0,048**		0,298		0,251		0,229		0,996
Solteiro	**36,4 ±52,9**		52,94 ±21,44		80,00 ±17,95		86,76 ±15,61		65,69 ±13,78	
Casado	**43,2 ±44,2**		44,23 ±16,29		80,00 ±15,89		93,27 ±11,31		64,10 ±19,83	
Viúvo	**0,0±**		0,0±		0,0±		0,0±		0,0±	
Divorciado	**76,5 ±50,0**		50,00 ±0,00		93,33 ±9,43		96,88 ±6,25		66,67 ±13,61	
Escolaridade		0,424		0,147		0,148		**0,042**		0,055
SC	50,00 ±60,00		60,00 ±22,36		82,67 ±13,82		**80,0 ±14,2**		43,33 ±27,89	
SI	50,00 ±0,00		0,00±		66,67±		**100,0±**		83,33±	
EMC	32,81 ±45,83		45,83 ±25,75		72,78 ±19,17		**91,6 ±9,7**		62,50 ±12,56	
EMI	31,25 ±50,00		50,00±		66,67±		**62,5±**		83,33±	
EFC	39,84 ±50,00		50,00 ±0,00		88,33 ±12,21		**89,0 ±18,2**		70,83 ±11,78	
EFI	37,50 ±41,67		41,67 ±20,41		75,56 ±17,72		**100,0 ±0,0**		69,45 ±12,54	
Lê e escreve	57,50 ±50,00		50,00 ±0,00		81,33 ±18,50		**100,0 ±0,0**		76,67 ±9,13	
Analfabeto	54,86 ±50,00		50,00 ±0,00		91,85 ±9,30		**90,2 ±12,1**		61,11 ±16,67	

Profissão	0,881	0,145	**0,039**	0,522	0,528	
DES	44,64 ±48,21	48,21 ±16,57	**83,3 ±15,8**	93,30 ±11,01	66,67 ±12,83	
LVR	37,50 ±43,75	43,75 ±17,68	**71,6 ±15,8**	92,19 ±11,45	66,67 ±17,82	
COM	37,50 ±25,00	25,00 ±35,36	**56,6 ±14,1**	81,25 ±26,52	75,00 ±11,78	
Outros	47,22 ±55,56	55,56 ±16,67	**88,1 ±11,9**	86,11 ±17,05	55,56 ±26,35	
Vivem em zona	0,413	0,213	0,192	0,479	**0,039**	
Urbana	45,83 ±50,00	50,00 ±17,68	83,23 ±15,56	90,53 ±13,27	**61,6 ±18,3**	
Rural	38,39 ±42,86	42,86 ±18,16	76,19 ±17,87	92,86 ±12,70	**72,6 ±10,5**	

SF-36

Dimensões*	**Funcionamento físico**		**Bem-estar emocional**	
Variáveis*	**Média±Dp**	**P-valor**	**Média±Dp**	**P-valor**
Sexo		0,943		**0,024**
Masculino	57,21±29,37		**77,06±19,85**	
Feminino	60,00±18,37		**64,62±18,10**	
Faixa de Idade (anos)		**0,045**		0,183
0 a 20	**0,0±**		0,0±	
21 a 30	**65,00±20,82**		70,00±27,42	
31 a 40	**55,63±19,17**		62,00±20,95	
41 a 50	**69,55±25,83**		78,55±15,42	
51 a 59	**69,00±23,66**		84,00±13,73	
≥60 anos	**40,36±27,35**		70,00±22,06	
Escolaridade		0,262		0,128
SC	39,00±27,93		56,80±19,06	
SI	50,00±		80,00±	
EMC	62,92±21,58		66,00±23,17	
EMI	95,00±		88,00±	
EFC	69,38±5,63		87,50±9,18	
EFI	57,50±29,96		68,00±16,59	
Lê e escreve	38,00±30,54		75,20±21,05	
Analfabeto	60,00±34,10		81,33±18,22	

Nota: Desvio Padrão (Dp); Superior completo (SC); Superior incompleto (SI); Ensino médio completo (EMC); Ensino médio incompleto (EMI); Ensino fundamental completo (EFC); Ensino fundamental incompleto (EFI); Desempregado(a) (DES); Lavrador(a) (LVR); Comerciante (COM). *Teste U de Mann-Whitney-5%; Teste Kruskal Wallis-5%.
Fonte: Falcão LCN, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa cruzou os dados sociodemográficos dos pacientes portadores de DRC com aspectos da própria doença e em que afetam na qualidade de vida. A combinação desses conjuntos de informações foi inédita para a região do estudo.

Os dados sociodemográficos foram condizentes ao que tem sido geralmente reportado na literatura, referente à predominância do sexo masculino, maiores de 60 anos, casados, residindo com familiar e escolaridade abaixo do ensino médio (D'ONOFRIO G, et al,. 2017; RIKOS N, et al., 2023; OLIVEIRA AP, et al., 2016; PRETTO CR, et al., 2020). Entretanto, diferiu aos achados para outra região do Estado, onde predominaram as mulheres com idade de 40 a 59 anos (GOMES JP, et al., 2021) e contrastou ao exposto por Floria I, et al. (2022) com o público entrevistado afirmando terem renda média.

Quanto à escolaridade e o predomínio de desempregados, assim como seus conjugues, junto à condição socioeconômica baixa, refletiram sobre o perfil financeiro e educacional, podendo estes fatores serem limitantes quanto à qualidade de vida e adesão ao tratamento (MERKIN SS, et al., 2007; OLIM M, et al., 2021). Salienta-se que, em nossa pesquisa, não houve a informação sobre o quantitativo de aposentados e embora residam em casas, a condição dessa moradia não foi confirmada, configurando-se em viés para a variável econômica. Entretanto, mesmo com essa lacuna, o nível socioeconômico permaneceu baixo.

No geral, a partir das variáveis avaliadas do questionário KDQOL-SF™ 1.3, os níveis função física, doença renal e situação ocupacional apresentaram maiores comprometimentos em relação à qualidade de vida. Pela função física, os participantes do estudo apresentaram algumas restrições na realização de atividades diárias em virtude das repercussões musculoesqueléticas comuns em pacientes submetidos à hemodiálise, como subida em vários lances de escada, caminhar vários quarteirões ou mais do que um quilômetro, o mesmo observado em outras pesquisas (ONOFRE T, et al., 2017).

Nos questionamentos sobre doença renal, o tempo despendido nas sessões de hemodiálise e a decepção em lidar com tal patologia demonstrada na presente pesquisa revela que a qualidade de vida dos usuários com DRC fica comprometida por uma série de funcionalidades. O rompimento de uma rotina de autonomia e independência em detrimento do tratamento gera sentimentos de decepção, frustação e estresse, revelando que os aspectos emocionais e psicológicos ficam ainda mais evidentes e sensibilizadas pelo processo da doença (BATISTA JCL, et al., 2016).

Tal fator possivelmente esteja relacionado ao sentimento de vulnerabilidade em relação ao prognóstico da doença e situação ocupacional, tendo em vista que a maioria mencionou não ter recebido dinheiro para trabalhar durante as últimas semanas, com a saúde impossibilitando de ter um trabalho pago. Algumas evidências apontam que pacientes com DRC apresentam limitações nas atividades provenientes do trabalho formal, devido ao comparecimento obrigatório nas sessões de hemodiálise (CRUZ VFESD, et al., 2016; JESUS NM, et al., 2019). Os problemas mais mencionados, como cãibras e fraqueza/tontura, foram semelhantes ao relatado por Batista JCL, et al. (2016), provavelmente estando relacionados com o fato de que a hemodiálise propicia o estado de hipotensão provocada pela depleção do volume extracelular (AGUIAR LL, et al., 2020).

Essas variáveis analisadas por dimensões tiveram os menores escores, 'carga da doença renal' e 'papel emocional', corroborando com Gomes JP, et al. (2021), que analisaram pacientes em HD para o mesmo Estado, e com D'Onofrio G, et al. (2017) que também as incluíram entre os valores mais baixos. Isso sinalizou que esses aspectos devem ser assistidos prioritariamente e com intervenções específicas, devido à gravidade do quanto a doença interfere no cotidiano, o tempo demandado, a sensação de decepção, depressão e fardo familiar para esses pacientes. Em contrapartida, 'qualidade da interação social' e 'incentivo à equipe de diálise' se destacaram, com este último apresentando os valores mais homogêneos, cuja mediana demonstrou que em até 50% da amostra os valores foram o máximo e estimado na maioria dos indivíduos. Tais dimensões foram bem-conceituadas igualmente aos destacados por Coutinho NPS, et al. (2010), Poersch RF, et al. (2015), Oliveira AP, et al. (2016) e mais alto que o encontrado por Pretto CR, et al. (2020), Gomes JP, et al. (2021), Floria I, et al. (2022), Cavalcante MCV, et al. (2013) e Ramatillah DL, et al. (2017), indicando satisfação

por parte do público analisado nesses quesitos. Esses autores confluem sobre a vulnerabilidade destes pacientes no autocuidado, nas mudanças de estilo de vida e execução de atividades rotineiras, sendo então ratificada a extrema importância do estímulo oriundo da interação e acolhimento com a família e equipe de profissionais envolvida com o tratamento.

Analisando-se todas as dimensões conjuntamente, a maioria dos escores de qualidade de vida explorados na nossa pesquisa se mostraram melhores que os reportados na Itália (D'ONOFRIO G, et al,. 2017), Grécia (RIKOS N, et al., 2023; Floria I, et al., 2022), Malásia (RAMATILLAH DL, et al., 2017) e em diferentes regiões do Brasil (OLIVEIRA AP, et al., 2016; PRETTO CR, et al., 2020; GOMES JP, et al., 2021; COUTINHO NPS, et al., 2010; POERSCH RF, et al., 2015), exceto em uma abordagem feita no Maranhão (CAVALCANTE CV, et al., 2013). Isso pode ser reflexo do quanto os âmbitos que compõem a qualidade de vida ficam comprometidos na DRC em diferentes países, mas que no Maranhão, curiosamente algumas dimensões terem se revelado melhores frente ao confrontado na literatura pode indicar que alguns dos aspectos sociais, familiares, individuais e de suporte à saúde afetam menos a qualidade de vida nesta região.

Individualmente, as dimensões ‘papel físico’, ‘dor’ e ‘status de trabalho’ não se posicionaram entre os maiores escores dos nossos dados, ficando este último entre os piores desempenhos, mas curiosamente se destacaram frente ao relatado pelos referidos autores. Isso revela o quanto crítica essas questões estão no panorama averiguado, podendo se constituírem nos principais indicadores de qualidade de vida paras os pacientes DRC em HD, especialmente ‘status de trabalho’.

Nesta investigação, o sexo teve associação significativa para ‘status do trabalho’ e ‘bem estar emocional’, com menor proporção para o feminino, concordando com a revisão de Alvarenga WDA, et al. (2023), no qual as mulheres foram menos propensas a serem empregadas e tiveram redução de renda que outros hemodialíticos. O fato de ser divorciado estar associado ao melhor escore para ‘carga da doença’ pode ser explicado pela sensação de decepção, fardo e estresse familiar serem amenizados para os que não convivem com o conjugue e/ou filhos (DE OLIVEIRA LB, et al., 2020). No tocante à escolaridade, o ensino médio incompleto está associado ao escore mais baixo para ‘incentivo à equipe’. O grau de escolaridade pode influenciar na qualidade das informações prestadas e assimiladas pelos pacientes (OLIM M, et al., 2021).

Quanto à profissão, ser comerciante está associado à pior função cognitiva, o que é plausível pela debilidade da memória, raciocínio, fala e movimentos certamente serem mais percebidas no desenvolvimento das atividades (PÉPIN M, et al., 2023). Residir na zona rural está associado à melhor satisfação do paciente, pois se deslocam ao centro urbano para realizarem o tratamento, distando da região de moradia que geralmente é caracterizada pelas condições precárias de atendimentos em saúde (DANTAS MNP, et al., 2020). Já a faixa etária maior que 60 anos está associada ao pior funcionamento físico, nitidamente pela limitação corporal acentuada pela idade e DRC (ONOFRE T, et al., 2017).

O tamanho da amostra estudada pode ter limitado o poder estatístico da análise, dificultando a detecção de diferenças renais entre os grupos, levando a uma possível subestimação das associações existentes. Portanto, recomenda-se a realização de estudos futuros com amostras maiores para explorar mais adequadamente outras associações e correlações sobre a qualidade de vida dos pacientes.

CONCLUSÃO

Deve ser pertinente aos dados apresentados. No geral, os pacientes com DRC em HD apresentaram escores satisfatórios nos questionários de qualidade de vida, entretanto, a dimensão ‘carga da doença renal’ foi a mais crítica, apontando intervenção prioritária. As dimensões ‘papel físico’, ‘dor’ e ‘status de trabalho’ podem ser utilizadas como indicadores. As associações foram significativas entre estado civil e ‘carga da doença renal’, sexo com ‘status do trabalho’ e ‘bem-estar emocional’, profissão e ‘função cognitiva’, escolaridade e ‘incentivo à equipe de diálise’, zona de residência e ‘satisfação do paciente’, faixa etária e ‘funcionamento físico’. Dessa forma, ratifica-se a importância da realização desse tipo de questionário, a fim de compreender os indicadores de qualidade de vida em pacientes com DRC sob situação de vulnerabilidade social. O uso dessas ferramentas contribuiu para analisar as principais deficiências enfrentadas por esses indivíduos, servindo como instrumento que pode auxiliar a melhorar a saúde e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR LL, et al. Factors related to hemodialysis safety culture: integrative literature review. Revista Brasileira de Enfermagem, 2020; 73: e20190624.
2. ALVARENGA WDA, et al. Work-hemodialysis treatment interface in patients with chronic kidney disease: a scoping review. Acta Paulista de Enfermagem, 2023; 36: eAPE02411.
3. BATISTA JCL, et al. Qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. Revista de Enfermagem UFPE, 2016; 10.
4. CAVALCANTE MCV, et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. Brazilian Journal of Nephrology, 2013; 35: 79-86.
5. CHUASUWAN A, et al. Comparisons of quality of life between patients underwent peritoneal dialysis and hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. Health and Quality of Life Outcomes, 2020; 18: 191.
6. COUTINHO NPS, et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 2010; 11: 13-17.
7. CRUZ VFESD, et al. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. Saúde e Sociedade, 2016; 25: 1050-1063.
8. DANTAS MNP, et al. Factors associated with poor access to health services in Brazil. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2020; 24: e210004.
9. DE OLIVEIRA LB, et al. Resiliência familiar em pessoas com doença renal crônica e sua relação com variáveis sociodemográficas. Bioética e Saúde Pública, 2020: 406-416.
10. D'ONOFRIO G, et al. Quality of life, clinical outcome, personality and coping in chronic hemodialysis patients. Renal Failure, 2017; 39: 45-53.
11. DUARTE PS, et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF). Revista da Associação Médica Brasileira, 2003; 49: 375-81.
12. FERREIRA PL, Anes E. Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2010; 28: 31-39.
13. FLORIA I, et al. Quality of life of hemodialysis patients in Greece: associations with socio-economic, anthropometric and nutritional factors. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022; 19: 15389.
14. FREIRE SML, et al. Meaning and dimensionality of state of comfort in patients with chronic hemodialysis kidney disease. Texto & Contexto Enfermagem, 2021; 30: e20200037.
15. GBD. Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet, 2020; 395: 709-733.
16. GOMES JP, et al. Qualidade de vida de pacientes em tratamento hemodialítico em um município da Baixada Maranhense. Brazilian Journal of Development, 2021; 7: 39751-39764.
17. HAYS RD, et al. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF TM). Version 1.3: a manual for use and scoring. Santa Monica: RAND/P-7994, 1997: 1-39.
18. JAGER KJ, et al. A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. Kidney International, 2019; 96: 1048-1050.
19. JESUS NM, et al. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. Brazilian Journal of Nephrology, 2019; 41: 364–74.
20. MALTA DC, et al. Avaliação da função renal na população adulta brasileira, segundo critérios laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2019; 22: E190010.
21. MERKIN SS, et al. Individual and neighborhood socioeconomic status and progressive chronic kidney disease in an elderly population: The Cardiovascular Health Study. Social Science & Medicine, 2007; 65: 809-21.
22. MONÁRREZ-ESPINO J, et al. Quality of life in primary caregivers of patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. Brazilian Journal of Nephrology, 2021; 43: 486–94.
23. OLIM M, et al. A complexidade da intervenção social segundo gênero e escolaridade de pacientes renais crônicos. Mundo Saúde, 2021; 45: 120-129..

24. OLIVEIRA AP, et al. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. Brazilian Journal of Nephrology, 2016; 38: 411-420.
25. ONOFRE T, et al. Impact of an early physiotherapy program after kidney transplant during hospital stay: a randomized controlled trial. Brazilian Journal of Nephrology, 2017; 39: 424-432.
26. PÉPIN M, et al. Cognitive disorders in patients with chronic kidney disease: Approaches to prevention and treatment. European Journal of Neurology, 2023; 30: 2899-2911.
27. POERSCH RF, et al. Qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. ConScientiae Saúde, 2015; 14: 608-616.
28. PRETTO CR, et al. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2020; 28: e3327.
29. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório especial 2023 [livro eletrônico], 25 anos. Desenvolvimento humano no Brasil: Construir caminhos, pactuando novos horizontes. Brasília, 2024. Disponível em: https://www.undp.org/pt/brazil/publications/relatorio-especial-2023-25-anos-desenvolvimento-humano-no-brasil. Acessado em: 02 de novembro de 2024.
30. RAMATILLAH DL, et al. Quality of Life among Patients Undergoing Hemodialysis in Penang, Malaysia. Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences, 2017; 9: 229-238.
31. RIKOS N, et al. Investigation of Perception of Quality of Life and Psychological Burden of Patients Undergoing Hemodialysis-Quality of Life of Hemodialysis Patients. Nursing Reports, 2023; 13: 1331-1341.
32. SILVA PAB, et al. Brazilian public policy for chronic kidney disease prevention: challenges and perspectives. Revista de Saude Publica, 2020; 54: 86.