

QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS E MULHERES EM HEMODIÁLISE

QUALITY OF LIFE OF MEN AND WOMEN ON HEMODIALYSIS

CALIDAD DE VIDA DE HOMBRES Y MUJERES EN HEMODIÁLISIS

Naftali Duarte do Bonfim Gomes¹
Natália Pessoa da Rocha Leal²
Cláudia Jeane Lopes Pimenta³
Kaisy Pereira Martins⁴
Gerlania Rodrigues Salviano Ferreira¹
Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa⁵

Como citar este artigo: Gomes NDB, Leal NPR, Pimenta CJL, Martins KP, Ferreira GRS, Costa KNFM. Qualidade de vida de homens e mulheres em hemodiálise Rev baiana enferm. 2018;32:e24935.

Objetivo: avaliar a qualidade de vida de pessoas que realizam hemodiálise. **Método:** estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 40 participantes em um hospital de referência de João Pessoa, Paraíba, Brasil, entre os meses de março e abril de 2016. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista, utilizando um instrumento semiestruturado e o WHOQOL-BREF. **Resultados:** a qualidade de vida resultou, para ambos os sexos, em um pior escore médio para o domínio “Físico” e um melhor escore para o domínio “Relações Sociais”. A hemodiálise interfere consideravelmente na qualidade de vida, principalmente nas atividades básicas de vida diária. **Conclusão:** a média total da qualidade de vida de pessoas que realizam hemodiálise foi maior entre os homens.

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

Objective: to evaluate the quality of life of people undergoing hemodialysis. Method: a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, performed with 40 participants at a referral hospital in João Pessoa, Paraíba, Brazil, between March and April 2016. Data were collected through interviews using a semi-structured instrument and the WHOQOL-BREF. Results: in both sexes the quality of life resulted in a worse score for the “Physical” domain and a better score for the “Social Relationships” domain. Hemodialysis significantly interferes with quality of life, especially in the basic activities of daily living. Conclusion: the average total quality of life of people undergoing hemodialysis was higher among men.

Descriptors: Chronic kidney disease. Renal dialysis. Quality of life.

Objetivo: evaluar la calidad de vida de personas que realizan hemodiálisis. Método: estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, llevado a cabo con 40 participantes en hospital de referencia de João Pessoa, Paraíba, Brasil, entre marzo y abril de 2016. Recolección de datos ocurrió mediante entrevista, utilizándose instrumento

¹ Enfermeiras. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. João Pessoa, Paraíba, Brasil. claudinhajeane8@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em Terapia Intensiva. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

semiestructurado y el WHOQOL-BREF. Resultados: la calidad de vida resultó, para ambos los sexos, en peor puntaje promedio para el dominio "Físico" y mejor puntaje para el dominio "Relaciones Sociales". La hemodiálisis interfiere considerablemente en la calidad de vida, principalmente en las actividades básicas de vida diaria. Conclusión: el promedio total de la calidad de vida de personas que realizan hemodiálisis fue mayor entre los hombres.

Descriptor: Enfermedad renal crónica. Diálisis renal. Calidad de vida.

Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC) é um distúrbio que acomete todos os órgãos e sistemas, ocasionando diversas manifestações clínicas, a exemplo de anorexia, uremia, hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, tendência a hemorragias resultantes de alterações da coagulação, oligúria, edema, confusão mental e outras⁽¹⁾. Em todo o mundo, ela é considerada um problema de saúde pública⁽²⁾, pelo fato de o total de pessoas diagnosticadas com essa condição vir crescendo ao longo dos anos.

O número de pacientes com DRC no Brasil está apresentando uma rápida ascensão, correspondendo a 42.695 no ano de 2000 e duplicando na década seguinte, totalizando 92.091 pacientes em 2010⁽³⁻⁴⁾. O tratamento para a DRC é realizado por meio de Terapias Renais Substitutivas (TRS), com uma taxa de uso terapêutico em torno de 7% ao ano, sendo maior do que a taxa de crescimento populacional. Dentre as TRS estão a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal^(1,4).

Dados do censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) apontam que, em 2012, havia 97.586 indivíduos com DRC, dos quais apenas um terço iniciou o tratamento, sendo representado, em 91,6% dos casos, pela hemodiálise⁽³⁻⁴⁾. O estado da Paraíba possui nove centros de hemodiálise aptos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dos quais três estão localizados no município de João Pessoa e atendem, em média, a 360 pacientes por mês. Além desses três serviços, existem outros dois que são ofertados por planos privados de saúde⁽⁵⁾.

A TRS tem aumentado a sobrevida dos pacientes, contudo produz impactos negativos, por ser um tratamento que resulta em grande fragilidade e provoca danos aos sistemas

cardiorrespiratório e musculoesquelético. Além disso, tanto a DRC quanto as TRS podem ocasionar mudanças físicas e emocionais que afetam de forma significativa o cotidiano dos doentes⁽⁶⁾.

O indivíduo que realiza hemodiálise apresenta o comprometimento em diversos aspectos relacionados à saúde física e mental, bem-estar, convívio em sociedade, funcionalidade e independência, gerando, na maioria dos casos, limitações para realizar as Atividades de Vida Diária (AVDs), em decorrência das alterações impostas pela própria doença e também pelo tratamento^(2,6), o que interfere negativamente sobre a qualidade de vida^(1,7-8).

Nesse sentido, a qualidade de vida está relacionada à saúde física, psicossocial e à capacidade funcional do indivíduo para desempenhar suas atividades diárias. Assim, as mudanças que ocorrem no convívio social, no núcleo familiar, na manutenção do trabalho e até mesmo na imagem corporal, influenciam o paciente, e pode afetar a adesão ao tratamento e o prognóstico da doença⁽⁷⁾.

Esse aspecto torna-se ainda mais relevante quando são analisadas as perspectivas de gênero, haja vista que a DRC e seu tratamento geram impactos distintos para a qualidade de vida de homens e mulheres. No público masculino, a fragilidade imposta pela doença e a necessidade constante de cuidados podem desencadear sentimentos negativos que irão influenciar no cotidiano e na vida social, sobretudo pela vulnerabilização do papel masculino como dominante⁽⁹⁾ causada pela não redistribuição do poder na residência, em que a mulher assume a função de provedora financeira e material da família⁽¹⁰⁾.

Em contrapartida, para a mulher, a DRC e a hemodiálise podem interferir sobre o papel feminino culturalmente instituído na sociedade, principalmente em relação ao cuidado da casa e da família, o que pode resultar em prejuízos para a qualidade de vida e para a sua identidade individual e social⁽⁹⁾. Os estereótipos de gênero enraizados na sociedade potencializam atitudes baseadas em crenças e valores acerca do papel de homens e mulheres, influenciando nas práticas de saúde e na exposição dos indivíduos a situações de risco⁽¹¹⁾.

Desse modo, embora sejam referidos na literatura os diversos impactos da DRC e do tratamento de hemodiálise para a saúde e a qualidade de vida dos pacientes, observa-se que ainda são incipientes os estudos que abordam essa temática, sobretudo quando comparadas as repercussões causadas de forma individual para homens e mulheres.

Diante disso, destaca-se a importância de os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, conhecerem prejuízos, dificuldades e alterações ocorridas na vida dessas pessoas, bem como compreenderem a complexidade relacionada à vivência de cada paciente, avaliando suas condições físicas, emocionais e cognitivas, a fim de elaborar um plano de cuidados individualizado, que oportunize um enfrentamento satisfatório da doença. Com isso, as adversidades resultantes da DRC e do seu tratamento podem ser transformadas em respostas positivas, as quais poderão proporcionar melhorias na qualidade de vida⁽²⁾.

Assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida de pessoas que realizam hemodiálise.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo realizado em um hospital de referência do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A população foi constituída por homens e mulheres que realizavam hemodiálise nesse serviço, totalizando 240 indivíduos. O tamanho da amostra foi definido utilizando-se o cálculo para populações finitas com proporção

conhecida, com base em uma margem de erro de 5,0% (Erro = 0,05), grau de confiabilidade de 95,0% ($\alpha = 0,05$, que fornece $Z_{0,05/2} = 1,96$) e proporção $p = 92,0\%$. Assim, obteve-se uma amostra de 40 participantes.

Foram definidos como critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 18 anos e realizar tratamento hemodialítico. Foram excluídos os pacientes que realizavam tratamento hemodialítico devido a insuficiência renal aguda.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de março e abril de 2016, mediante entrevista. Utilizou-se um instrumento semiestruturado com informações relativas às características sociodemográficas e à presença de comorbidades associadas à IRC, sendo a qualidade de vida avaliada por meio do WHOQOL-BREF. Este instrumento é composto por 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das facetas que compõem o instrumento. A primeira questão diz respeito à qualidade de vida comum; a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras questões, analisadas por uma *Escala Likert*, estão divididas em quatro domínios: capacidade física, capacidade psicológica, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio possui questões que variam entre um e cinco pontos. Quanto maior a pontuação, melhor a percepção da qualidade de vida, com exceção dos itens 3, 4 e 26, que possuem escore inverso⁽¹²⁾.

O escore final da qualidade de vida geral, satisfação com a saúde e domínios é obtido pela soma das respostas dos sujeitos para cada item, em que, quanto mais próximo de 100, maior é a qualidade de vida⁽¹²⁾. As facetas são analisadas de acordo com a seguinte classificação: “necessita melhorar” quando o escore for de 1 a 2,9; “regular” quando o escore for de 3 a 3,9; “boa” com escore de 4 a 4,9; e “muito boa” quando for um escore igual a 5⁽¹²⁾. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva, utilizando-se o aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS).

A pesquisa atendeu aos princípios éticos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo previamente aprovada pelo Comitê

de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob Parecer n. 1.459.768, de 21 de março de 2016.

Resultados

A amostra foi composta por 40 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 20 a 74 anos. Dentre os participantes do estudo, 52,5% eram do sexo feminino. Em ambos os sexos, houve

prevalência de pessoas com mais de 9 anos de estudo, aposentados e com renda mensal entre um e três salários mínimos. Em relação ao estado civil, 68,4% dos homens eram casados e 66,7% das mulheres viviam sem o cônjuge. Todos os participantes referiram possuir alguma comorbidade associada à DRC, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais frequente para os dois sexos (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo por sexo, segundo dados sociodemográficos e clínicos. João Pessoa, Paraíba, Brasil – 2016 (N = 40)

Variáveis	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Total por grupo	19	47,5	21	52,5
Faixa etária				
Adulto	14	73,7	18	85,7
Idoso	5	26,3	3	14,3
Estado civil				
Solteiro	4	21,1	10	47,6
Casado	13	68,4	7	33,3
Divorciado	1	5,3	1	4,8
Viúvo	1	5,3	3	14,3
Escolaridade				
Analfabeto	-	-	2	9,5
Inferior a 6 anos de estudo	5	26,3	4	19,0
6 anos de estudo	4	21,1	3	14,3
9 anos de estudo	3	15,8	6	28,6
Mais de 9 anos de estudo	7	36,8	6	28,6
Situação profissional				
Aposentado	17	89,5	19	90,5
Desempregado	1	5,3	2	9,5
Autônomo	1	5,3	-	-
Renda mensal				
Menor que um salário mínimo*	1	5,3	3	14,3
De 1 a 3 salários mínimos	18	94,7	18	85,7
Comorbidade associada[†]				
Hipertensão arterial sistêmica	17	89,5	17	81,0
Diabetes <i>Mellitus</i>	7	36,8	5	23,8
Total	19	100,0	21	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

* Salário referente ao ano de 2016: R\$ 880,00.

† Alguns indivíduos apresentavam mais de uma comorbidade associada à DRC.

Os homens apresentaram médias mais elevadas de qualidade de vida. O domínio “Relações sociais” obteve o maior escore para ambos os sexos; o sexo masculino ficou com

64,9, e o feminino com 62,7. Já o domínio “Físico” apresentou o menor escore, também em ambos os sexos, com os valores 46,8 para os homens e 44,2 para as mulheres.

Quanto às facetas de cada domínio, verifica-se que, no domínio “Físico”, a faceta “Dependência de medicação ou tratamento” obteve a melhor média, enquanto a “Capacidade de trabalho” apresentou o menor escore para ambos os sexos. No domínio “Psicológico”, tanto para os homens quanto para as mulheres, duas facetas ficaram com os maiores escores iguais: no masculino, prevaleceram “Imagem corporal e aparência” e “Espiritualidade/religião/crenças pessoais”; no feminino, “Autoestima” e “Espiritualidade/religião/crenças pessoais”. A faceta “Sentimentos negativos” apresentou o menor escore para os dois sexos.

No domínio “Relações Sociais”, houve semelhança entre os sexos quanto às melhores e piores médias, com “Suporte (apoio) social” e “Atividade sexual”, respectivamente. O último domínio do WHOQOL-BREF é “Meio Ambiente”, o qual possui oito facetas. Dentre essas, os homens obtiveram maiores médias em “Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade”, e menores em “Participação em, e oportunidades de recreação/lazer”; as mulheres obtiveram maiores valores em “Ambiente no lar” e “Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima”, e menor valor em “Participação em, e oportunidades de recreação/lazer” (Tabela 2).

Tabela 2 – Média e DP da distribuição dos participantes por sexo, segundo domínios e facetas do WHOQOL-BREF. João Pessoa, Paraíba, Brasil – 2016 (N = 40)

Domínios	Masculino	Feminino
	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)
Físico	46,8 (10,2)	44,2 (11,2)
Dor e desconforto	2,63 (0,83)	3,00 (0,89)
Energia e fadiga	2,84 (0,90)	2,76 (0,89)
Sono e repouso	3,11 (0,99)	2,95 (1,07)
Mobilidade	3,26 (0,93)	3,43 (0,81)
Atividades da vida cotidiana	3,05 (0,97)	2,81 (0,87)
Dependência de medicação ou tratamento	4,00 (0,00)	4,10 (0,30)
Capacidade de trabalho	2,47 (0,84)	2,52 (0,81)
Psicológico	59,6 (10,3)	57,9 (12,5)
Sentimentos positivos	3,11 (0,99)	3,24 (0,99)
Pensar, aprender, memória e concentração	3,05 (1,18)	3,24 (1,09)
Autoestima	3,21 (0,79)	3,57 (0,93)
Imagem corporal e aparência	3,63 (0,76)	3,00 (0,89)
Sentimentos negativos	2,32 (0,82)	2,71 (1,06)
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	3,63 (0,68)	3,57 (0,81)
Relações sociais	64,9 (8,6)	62,7 (15,0)
Relações pessoais	3,84 (0,37)	3,67 (0,8)
Suporte (apoio) social	3,95 (0,23)	3,71 (0,78)
Atividade sexual	3,00 (1,00)	3,14 (0,85)
Meio ambiente	59,5 (7,9)	55,8 (9,8)
Segurança física e proteção	3,37 (0,83)	3,33 (0,86)
Ambiente no lar	3,79 (0,63)	3,90 (0,44)
Recursos financeiros	2,89 (0,94)	2,48 (0,75)
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	3,95 (0,23)	3,62 (0,67)
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	2,89 (0,99)	2,52 (0,93)
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	2,68 (1,25)	2,43 (1,29)
Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima	3,84 (0,50)	3,90 (0,30)
Transporte	3,63 (0,68)	3,67 (0,73)
Total	57,7 (6,1)	55,2 (7,8)

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Observou-se que os participantes submetidos à hemodiálise possuíam uma média de idade em torno de 48,8 anos (DP±13,50). Este resultado foi observado em estudo realizado na Arábia Saudita⁽⁹⁾ com 100 pacientes em hemodiálise que tinham uma média de idade de 47,5 anos (DP de 13,8), e no serviço de Nefrologia de um Hospital Universitário no Brasil, no qual foi encontrada uma média da idade de 48,09 anos⁽⁴⁾.

Dessa forma, percebe-se que a população acometida por problemas renais encontra-se em idade produtiva para o país, afetando diretamente o sistema previdenciário, pois aumentam os gastos com programas sociais que incluem a aposentadoria precoce e serviços de saúde. Alia-se a essa condição a impossibilidade de aumento da renda familiar, por não poder inserir-se no mercado de trabalho. Outros estudos, porém, apontam para um aumento constante e progressivo de pessoas idosas com DRC, como as pesquisas realizadas em Bogotá⁽¹³⁾ e na Irlanda e Inglaterra⁽¹⁴⁾. Isto confirma que o envelhecimento contribui para o crescimento do número de pacientes que realizam hemodiálise, fato que pode estar ligado ao uso de medicamentos nefrotóxicos, polifarmácia⁽¹⁵⁾ e baixa ingestão hídrica presente nesses indivíduos, tendo em vista que essas duas condições constituem fatores de risco para a DRC.

Em relação ao sexo, no presente estudo, observou-se maior número de mulheres. Fato divergente é encontrado na literatura, uma vez que é evidente a predominância da população masculina em tratamento hemodialítico^(13-14,16). No que se refere, ao estado civil, a maioria dos homens era casado; no sexo feminino, predominou mulheres solteiras. Isso pode ser justificado devido ao fato de que, para as mulheres, as novas experiências ocasionadas pelo acometimento de uma DRC são intensas, podendo atingir toda a relação familiar⁽¹⁷⁾.

Entre os participantes de ambos os sexos há um grande número de pessoas com baixo nível de escolaridade, o que ocasiona a baixa adesão a estilos de vida saudáveis, à prevenção

de doenças renais, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado⁽⁴⁾. O nível de escolaridade constitui um elemento importante para a compreensão do tratamento, quando se considera que uma pessoa instruída tem maior capacidade de compreender como é realizada a hemodiálise, sua finalidade e cuidados necessários. Esse entendimento auxilia na realização do autocuidado e na compreensão do trabalho realizado pela equipe multiprofissional⁽¹⁸⁾.

Percebeu-se que a remuneração dos participantes é bastante reduzida, pois a maioria dos entrevistados possui renda em torno de um a três salários mínimos. Isso pode dificultar a adesão do paciente a uma dieta adequada e condizente com a patologia, o que influencia negativamente no tratamento e, conseqüentemente, aumenta o risco de complicações advindas da própria doença e da hemodiálise⁽²⁾. Também foi observado que a menor renda esteve relacionada à alta dependência da aposentadoria, uma vez que esses indivíduos precisam abandonar suas atividades laborais, em virtude de o tratamento ser prolongado, exigindo a presença no serviço de referência três vezes por semana, para a sessão de hemodiálise com duração média de três a quatro horas.

Na perspectiva ora abordada, com relação à demanda de tempo do tratamento dialítico e conseqüente abandono de atividades, para o homem, representa um desafio maior, pois, ao longo dos séculos, a prática do trabalho foi atribuída à figura masculina, enquanto a mulher era responsável pelos cuidados domésticos e dos filhos. Apesar das modificações das estruturas familiares e a emancipação feminina no campo do trabalho, ainda permanece fortemente enraizada a cultura de o homem ser o chefe e provedor da casa⁽¹⁹⁾. Assim, o abandono da profissão resulta em prejuízos na identidade e personalização desses indivíduos, sobretudo em relação ao seu papel social⁽¹⁰⁾.

A comorbidade encontrada com mais frequência foi a HAS, a qual é considerada um dos fatores de risco mais elevados para a DRC. Esta apresenta-se como uma das causas mais difíceis de ser detectada, pois é uma doença silenciosa

e, muitas vezes, os indivíduos não sabem que a possuem ou não aderem corretamente ao tratamento por considerarem desnecessário. Isto, entretanto, ocasionará prejuízo renal lento e progressivo⁽²⁰⁾.

No tocante à qualidade de vida, percebeu-se que todos os domínios obtiveram uma pontuação entre 41 a 70, indicando, segundo a escala utilizada neste estudo, indefinição desse aspecto. Diante disso, percebe-se que o acometimento de uma doença crônica, o longo tratamento imposto, a redução do contato social e as limitações físicas interferem na aceitação da doença, produzindo sentimentos negativos que influenciam no bem-estar geral⁽²¹⁾.

Em relação aos domínios, o que obteve o maior valor foi o “Relações Sociais”. Essa maior média encontrada pode evidenciar o apoio que os pacientes recebem de seus familiares e amigos, contribuindo, assim, para melhores condições de enfrentamento da doença e tratamento, e conseqüentemente, na sua vida pessoal. Este resultado corrobora estudo realizado no estado da Bahia, que identificou a influência do apoio familiar na qualidade de vida de um indivíduo, apresentando melhores escores no aspecto social⁽²²⁾.

A família constitui-se em elemento fundamental no suporte ao cuidado ao paciente com DRC e é um importante elo para o enfrentamento da doença e adesão ao tratamento. Não raras vezes, sua influência é decisiva para uma avaliação favorável sobre a qualidade de vida nesse contexto. Nesse sentido, o enfermeiro, ao envolver o familiar nesse cuidado, pode compreender os significados e os sentimentos provindos das interações entre seus membros. Isso possibilita indicar caminhos que favoreçam a diminuição dos desgastes decorrentes da situação de cronicidade e contribui para a manutenção das relações familiares⁽¹⁷⁾.

Em relação a esse domínio, observou-se que grande parte dos entrevistados apresentou descontentamento com a “Vida sexual”, identificado pelo baixo escore dessa faceta. Diante disso, autores^(2,16) relatam que as taxas de problemas psicológicos, como ansiedade, depressão

e autoestima baixa em pacientes em tratamento dialítico são elevadas, ocasionando disfunções sexuais, as quais afetam o desempenho sexual, principalmente nos homens. Além disso, a insuficiência renal é responsável pela diminuição da libido e outras complicações.

A redução do desejo sexual apresenta maior impacto sobre o homem, em decorrência do sentimento de perda ou fragilização de sua virilidade, haja vista que culturalmente o papel masculino sempre esteve associado à disposição para a realização de atividades sexuais, sendo incentivados desde cedo a explorar o corpo e descobrir sensações e prazeres⁽¹⁰⁾. Em contrapartida, a mulher vivencia uma redução do desejo sexual como algo natural, em virtude da diminuição dos hormônios durante a menopausa, o que torna essa aceitação mais fácil, por acreditar ser um ciclo da vida⁽¹⁰⁾.

Ainda sobre esse domínio, a faceta “Suporte (apoio) social” apresentou o maior escore, mas houve uma diferença mínima entre essa e a faceta “Relações Pessoais”. Este fato demonstra que tanto o apoio social que esses pacientes recebem quanto as relações pessoais influenciam de forma significativa na qualidade de vida tanto de homens quanto de mulheres.

No domínio “Psicológico”, a faceta “Sentimento negativo” teve o menor valor para ambos os sexos, o que revela que a insatisfação de cada um por si próprio não é uma característica generalizada. As facetas com maiores escores foram relacionadas à “Imagem corporal e aparência” para os homens e “Autoestima” para as mulheres, o que poderia ser justificado, a princípio, pelo fato de os participantes do estudo serem predominantemente adultos e não terem se debilitado muito em consequência da doença e do tratamento. No domínio “Espiritualidade/religião/crenças pessoais” obteve-se um alto valor em ambos os sexos, pois o “estar doente”, por si só, faz com que o ser humano passe a refletir acerca de si e das situações que o rodeiam, o que pode ser gerado pelas práticas religiosas e pela fé⁽²¹⁾.

Com relação aos domínios “Participação em, e oportunidades de recreação/lazer” e “Meio ambiente”, as pessoas de ambos os sexos estavam

insatisfeitas. A condição de baixa renda dos pacientes comprometia consideravelmente as práticas de lazer, justificando o menor escore, tornando-se mais um fator de estresse e risco à saúde para o indivíduo. Além disso, o impacto gerado sobre as atividades de recreação e lazer está diretamente relacionado ao desgaste provocado pela doença e seu tratamento.

Nesse sentido, é importante que o enfermeiro incentive e proporcione meios para que os pacientes em hemodiálise possam realizar atividades de recreação e lazer, as quais poderiam ser desenvolvidas por meio de grupos de apoio existentes na atenção básica ou nos serviços especializados nos quais esses sujeitos estejam inseridos. Essas atividades podem incluir a realização de passeios, oficinas, esportes, dança, artesanato, pintura, entre outros, no intuito de aumentar as relações interpessoais.

O prejuízo causado pelo tratamento hemodialítico na condição física do paciente produz mudanças nas atividades diárias, nos hábitos alimentares e na capacidade de trabalho. As mulheres registram piora nesse domínio em relação aos homens, em virtude de apresentarem maiores dificuldades frente ao seu cotidiano, como se verifica com a sua responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos, causando maior estresse físico⁽²³⁾. Isso justifica o menor escore da faceta “Capacidade de trabalho” nesse mesmo domínio e o elevado escore da faceta “Dependência de medicação ou tratamento”. Diante das dificuldades vivenciadas pelas mulheres, é frequente a utilização de automedicação como uma alternativa para superar as adversidades provocadas pela hemodiálise.

A qualidade de vida dos usuários que realizam hemodiálise é uma problemática complexa e multidimensional. Por isso, uma abordagem abrangente dessa questão deve ser realizada, envolvendo uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, implicando numa caracterização do cuidado⁽⁷⁾. Sendo assim, ao se pensar sobre humanização e integralização do cuidado, em particular quando se trata desses pacientes, compreende-se que há a necessidade de melhoria de suas condições de vida, seja por meio do desenvolvimento de novas pesquisas, promoções

de saúde ou de políticas públicas que priorizem esse público.

No âmbito da enfermagem, é imprescindível conhecer com mais profundidade os aspectos que mais prejudicam a qualidade de vida de homens e mulheres com DRC, para que essa área do conhecimento possa contribuir com o planejamento de ações mais específicas e uma assistência mais efetiva, pois considera-se que esses profissionais atuam como um pilar fundamental no tratamento de pacientes submetidos à terapia de reposição renal. O cuidado deve ser direcionado para a satisfação das necessidades desses indivíduos numa perspectiva de gênero, holística e abrangente, que inclui seus valores, crenças e percepções. Além disso, o conhecimento desses aspectos pode propiciar uma forma mais efetiva de cuidado ao paciente e sua família, tendo como base suas experiências e necessidades⁽⁷⁾.

As limitações do estudo estão relacionadas à utilização do método transversal, o qual impossibilita a identificação de uma relação de causa e efeito entre as diferenças relativas à perspectiva de gênero e a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. Diante do aumento gradual do número de pessoas que possuem DRC, percebe-se a importância de realizar outros estudos em lugares que possuam um ambiente mais favorável para a coleta de dados, dentre eles o domicílio, além do desenvolvimento de pesquisas qualitativas, buscando identificar os diferentes aspectos relacionados ao tratamento de hemodiálise, que influenciam sobre a qualidade de vida de homens e mulheres.

Conclusão

Os resultados do presente estudo permitiram concluir que foi melhor a qualidade de vida geral de homens que realizam hemodiálise. Para os dois sexos, o domínio Relações Sociais apresentou os maiores escores, enquanto o domínio Físico exibiu as menores médias.

Desse modo, os profissionais de saúde, durante a assistência ao paciente em hemodiálise, devem prestar um cuidado embasado na

perspectiva de gênero, para promover a qualidade de vida desses indivíduos.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Naftali Duarte do Bonfim Gomes, Natália Pessoa da Rocha Leal, Cláudia Jeane Lopes Pimenta e Gerlania Rodrigues Salviano Ferreira;

2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Natália Pessoa da Rocha Leal, Cláudia Jeane Lopes Pimenta e Kaisy Pereira Martins;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Kaisy Pereira Martins e Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa.

Referências

- Santos ACB, Machado MC, Pereira LR, Abreu JLP, Lyra MB. Association between the level of quality of life and nutritional status in patients undergoing chronic renal hemodialysis. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 18];35(4):279-88. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n4/en_v35n4a08.pdf
- Frazão CMFQ, Sá JD, Medeiros ABA, Fernandes MICD, Lira ALBC, Lopes MVO. The adaptation problems of patients undergoing hemodialysis: socio-economic and clinical aspects. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 18];22(6):966-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/0104-1169-rlae-22-06-00966.pdf>
- Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. Report of the brazilian chronic dialysis census 2012. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 18];36(1):48-53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/en_0101-2800-jbn-36-01-0048.pdf
- Teixeira FIR, Lopes MLH, Silva GAS, Santos RF. Survival of hemodialysis patients at a university hospital. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 18];37(1):64-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/en_0101-2800-jbn-37-01-0064.pdf
- Oliveira Junior HM, Formiga FFC, Alexandre CS. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa – PB. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 18];36(3):367-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/en_0101-2800-jbn-36-03-0367.pdf
- Fassbinder TRC, Winkelmann ER, Schneider J, Wendland J, Oliveira OB. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise - Um estudo transversal. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 18];37(1):47-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/en_0101-2800-jbn-37-01-0047.pdf
- Herbias LH, Soto RA, Figueroa HB, Reinoso LA. Significado de calidad de vida en pacientes con terapia de hemodiálisis: un estudio fenomenológico. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 18];19(1):37-44. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n1/05_original4.pdf
- Pereira RMP, Batista MA, Meira AS, Oliveira MP, Kusumota L. Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 19];70(4):887-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/0034-7167-reben-70-04-0851.pdf>
- Bayoumi M, Al Harbi A, Suwaida A, Al Ghnaim M, Al Wakeel J, Mishkiry A. Predictors of quality of life in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 18];24(2):254-9. Available from: <http://www.sjkdt.org/article.asp?issn=1319-2442;year=2013;volume=24;issue=2;spage=254;epage=259;aulast=Bayoumi>
- Martins AM, Modena CM. Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 18];14(2):399-420. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00110.pdf>
- Leite JF, Paiva R, Amorim AKMA, Demenstein M, Carvalho L, França A. Sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. *Psicol ciênc prof* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 18];36(2):341-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n2/1982-3703-pcp-36-2-0341.pdf>
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000 [cited 2017 Oct 18];34(2):178-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>

13. Hernández A, Monguí K, Rojas Y. Descripción de la composición corporal, fuerza muscular y actividad física en pacientes com insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en una unidad renal en Bogotá, Colombia. *Rev Andal Med Deporte* [Internet]. 2018 [cited 2017 Oct 18];11:52-6. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-andaluza-medicina-del-deporte-284-avance-resumen-descripcion-composicion-corporal-fuerza-muscular-S1888754616301058>
14. Lowney AC, Myles HT, Bristowe K, Lowney EL, Shepherd K, Murphy M, et al. Understanding what influences the health-related quality of life of hemodialysis patients: a collaborative study in England and Ireland. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 18];50(6):778-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26300026>
15. Bezerra TA, Brito MAA, Costa KNFM. Characterization of medication use among elderly people attended at a Family Health Care Service. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 18];21(1):1-11. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/43011-173407-1-PB.pdf>
16. Ottaviani AC, Betoni LC, Pavarini SCI, Say KG, Zazzetta MS, Orlandi FS. Association between anxiety and depression and quality of life of chronic renal patients on hemodialysis. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 18];25(3):1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/0104-0707-tce-25-03-00650015.pdf>
17. Oliveira VA, Schwartz E, Soares MC, Santos BP, Garcia RP, Lise F. Relações familiares de mulheres em hemodiálise. *Rev Atenção Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 18];14(47):36-42. Available from: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3283/pdf
18. Ribeiro CDS, Alencar CSM, Feitosa MCD, Mesquita MASB. Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. *R Interd* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 18];6(3):36-44. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/91/pdf_59
19. Santos IAC, Faria L. Ensaio de leitura: intersecções e correlações no mundo do trabalho e do cuidado (Brasil/França). *Sociol Antropol* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 18];7(3):939-57. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sant/v7n3/2238-3875-sant-07-03-0939.pdf>
20. Sousa MNA, Medeiros RC, Costa TS, Moraes JC, Diniz MB. Comorbidades de pacientes renais crônicos e complicações associadas ao tratamento hemodialítico. *FIEP BULLETIN* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 18];85(spec 1):1-6. Available from: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/85.a1.130/10547>
21. Guedes KD, Guedes HM. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. *Ciênc Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 18];5(1):48-53. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/9734/7746>
22. Sorte ETB, Modesto AP. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica: uma revisão integrativa. *Rev Saúde Desenv* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 18];6(3):154-66. Available from: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view%E2%80%A8File/335/229>
23. Caveião C, Visentim A, Hey AP, Sales WB, Ferreira ML, Passos RL. Qualidade de vida em mulheres com doença renal crônica submetida à hemodiálise. *Cad Esc Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 18];11:20-33. Available from: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernosauade/article/view/2399/1969>

Recebido: 1 de dezembro de 2017

Aprovado: 9 de abril de 2018

Publicado: 27 de julho de 2018



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais e, embora, os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.