

Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador

Quality of life of elderly people with chronic kidney disease in conservative treatment
Calidad de vida de ancianos con enfermedad renal crónica en tratamiento conservador

Roberta Maria de Pina Pereira^I, Marcelo Aparecido Batista^{II}, Aline de Sousa Meira^{III},
Marília Pilotto de Oliveira^I, Luciana Kusumota^I

^I Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{II} Prefeitura Municipal de Jardinópolis, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Jardinópolis-SP, Brasil.

^{III} Universidade de São Paulo, Hospital Universitário,
Programa de Residência em Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso. São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Pereira RMP, Batista MA, Meira AS, Oliveira MP, Kusumota L. Quality of life of elderly people with chronic kidney disease in conservative treatment. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(4):851-9. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing"] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0103>

Submissão: 15-02-2017

Aprovação: 17-04-2017

RESUMO

Objetivo: Descrever a qualidade de vida (QV) de idosos com Doença Renal Crônica (DRC) em tratamento conservador, correlacionando-a com aspectos sociodemográficos e de saúde. **Método:** Pesquisa quantitativa, transversal e descritiva que utilizou: um instrumento pré-validado para coleta dos dados de caracterização; as escalas de QV WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD; e o Mini Exame do Estado Mental. **Resultados:** Participaram 35 idosos (54,30% mulheres) com média de 68,26 anos. Referiram em média 3,70 comorbidades e 5,60 complicações relacionadas à DRC. Na QV, demonstraram-se mais prejudicados o domínio "psicológico" ($54,40 \pm 16,29$) e a faceta "morte e morrer" ($37,32 \pm 23,79$); e mais fortalecidos o domínio "relações sociais" ($70,36 \pm 18,32$) e a faceta "intimidade" ($66,61 \pm 16,80$). Verificou-se correlação positiva entre número de comorbidades e de complicações ($p = 0,015$), e correlação inversa entre número de complicações e a QV ($p = 0,004$). **Conclusão:** Se levados em consideração durante o planejamento de cuidados, tais resultados podem auxiliar na melhoria da qualidade da assistência ao idoso com DRC.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Idoso; Qualidade de Vida; Doença Crônica; Envelhecimento da População.

ABSTRACT

Objective: To describe the quality of life (QOL) of elderly people with Chronic Kidney Disease (CKD) in conservative treatment, correlating it with sociodemographic and health-related aspects. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional, and descriptive study that used: a previously validated instrument for data collection; the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD QOL scales; and the Mini-Mental State Examination. **Results:** Thirty-five elderly people (54.30% females), with mean age of 68.26 years, took part in the study. They reported, on average, 3.70 comorbidities and 5.60 complications related to CKD. Regarding QOL, the "psychological" domain (54.40 ± 16.29) and the "death and dying" facet (37.32 ± 23.79) were considered the most damaged ones; the most strengthened were "social relationships" (70.36 ± 18.32) and "intimacy" (66.61 ± 16.80). A positive correlation was verified between comorbidities and complications ($p = 0.015$), and an inverse correlation between the number of complications and QOL ($p = 0.004$). **Conclusion:** These results, if considered during the care planning, may help improving the quality of the care provided for elderly people with CKD.

Descriptors: Renal Insufficiency, Chronic; Elderly People; Quality of Life; Chronic Disease; Demographic Aging.

RESUMEN

Objetivo: Describir la calidad de vida (CV) de ancianos con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en tratamiento conservador, correlacionando con aspectos sociodemográficos y de salud. **Método:** Investigación cuantitativa, transversal y descriptiva que ha utilizado: un instrumento pre-validado para la recolección de los datos de caracterización; las escalas de QV WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD; y el Mini Examen del Estado Mental. **Resultados:** Participaron 35 ancianos (54,30% mujeres) con edad media de 68,26 años. En promedio se midieron 3,70 comorbidades y 5,60 complicaciones relacionadas con ERC. En la CV, se demostraron más perjudicadas la área "psicológica" ($54,40 \pm 16,29$) y la faceta "muerte y agonía" ($37,32 \pm 23,79$); y más fortalecidas la área "relaciones sociales" ($70,36 \pm 18,32$) y la faceta

“intimidad” ($66,61 \pm 16,80$). Hubo una correlación positiva entre el número de comorbilidades y de complicaciones ($p = 0,015$), y la correlación inversa entre el número de complicaciones y la CV ($p = 0,004$). **Conclusión:** Si se tienen en cuenta durante la planificación de cuidados, estos resultados pueden ayudar en la mejora de la calidad de la asistencia al anciano con ERC.

Descriptores: Insuficiencia Renal Crónica; Anciano; Calidad de Vida; Enfermedad Crónica; Envejecimiento de la Población.

AUTOR CORRESPONDENTE Luciana Kusumota E-mail: kusumota@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que pode ser observado em todo o mundo, exigindo da sociedade uma reorganização do mercado de trabalho, das políticas públicas e programas sociais, da própria dinâmica familiar e, de forma especial, dos sistemas de saúde. Viver mais remete muitas vezes ao confronto com incapacidades, dependência, necessidade de cuidados prolongados, perda de papéis sociais, isolamento, solidão, depressão e falta de um sentido para a própria vida. Dessa forma, a longevidade impõe o desafio de conseguir associar a maior sobrevida à uma melhor Qualidade de Vida (QV)⁽¹⁻²⁾.

De modo geral, o envelhecimento, independentemente de características particulares de cada população, está associado a uma maior probabilidade de acometimento por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)⁽³⁾. Entre as causas dos problemas de saúde mais frequentes nos idosos, citam-se sobretudo a interação de fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como uma dieta não balanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo. As DCNTs são as principais causas de morte no mundo, além de prejudicar a qualidade de vida (QV) e desencadear limitações para as atividades de vida diária dos pacientes. Dentre tais doenças, a Doença Renal Crônica (DRC) é destacada como uma das principais causas de morbimortalidade e incapacidades mundiais⁽²⁻⁴⁾.

A DRC se caracteriza como uma síndrome irreversível e progressiva que prejudica as funções dos rins até a sua completa falência. O tratamento conservador/pré-dialítico envolve terapia medicamentosa, recomendações dietéticas acompanhadas muitas vezes de restrição hídrica e condutas especiais na tentativa de desacelerar a progressão da DRC, de forma a postergar o início de uma Terapia Renal Substitutiva (TRS)⁽⁵⁾.

Sabe-se que a taxa de filtração glomerular estimada declina, de forma fisiológica, em paralelo à idade, oferecendo aos idosos um maior risco de desenvolver a DRC. Sabe-se que metade da população com 75 anos ou mais tem a DRC em diferentes estágios. Se relacionarmos essa informação à expectativa de vida ao nascer do brasileiro, que era de 75,1 anos em 2014, podemos entender claramente a importância de maiores investimentos na pesquisa e aprimoramento de cuidados para a atenção à saúde dessa população^(2,6-7).

O presente estudo considerou a definição de Qualidade de Vida (QV) criada pelo grupo WHOQOL, da Organização Mundial da Saúde (OMS). Dessa forma, entende-se QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁽⁸⁾.

Os principais resultados sobre a QV em pacientes com DRC nos permitem afirmar que pacientes no estágio final da doença possuem uma pior QV quando comparados à

população em geral na mesma idade. Compreende-se que o tratamento para o paciente com DRC não pode objetivar apenas a longevidade, mas também o fortalecimento da QV, pois não basta sobreviver, é necessário viver bem⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O confronto com uma doença crônica com perspectiva de dependência de uma terapia invasiva como a hemodiálise, assim como as restrições alimentares, uso de polifarmácias e a sintomatologia para pacientes em tratamento conservador podem gerar grandes conflitos e dificuldades de enfrentamento. Tais aspectos levam a crer que QV de pacientes os quais ainda não iniciaram uma TRS seja influenciada por suas particularidades físicas e psicológicas, diferenciando-os dos pacientes que já iniciaram uma TRS. Diante desse contexto, os objetivos deste estudo foram descrever a QV de pacientes idosos com DRC submetidos ao tratamento conservador e correlacioná-la com variáveis sociodemográficas e clínicas.

MÉTODO

Aspectos éticos

Para realização do presente estudo, foram seguidas as recomendações para pesquisa com seres humanos segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP). Diante do aceite em participar da pesquisa, os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado no ambulatório de uremia, em um hospital público de Ribeirão Preto - SP. O período de coleta dos dados se deu entre outubro de 2014 e março de 2015.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta de idosos em tratamento conservador da DRC de uma unidade de atendimento ambulatorial. A amostra foi selecionada por conveniência, de acordo com o período de coleta de dados, respeitando os critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais, ter DRC, estar em tratamento conservador há no mínimo seis meses e realizar acompanhamento ambulatorial na unidade estudada; e de exclusão: ter complicação clínica aguda e estar hospitalizado no período da coleta de dados.

Protocolo do estudo

Para a coleta, foram realizadas entrevistas que duraram em média 40 minutos, enquanto os pacientes aguardavam por consulta. O instrumento utilizado para a caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes foi desenvolvido com base no de Kusumota⁽¹¹⁾, o qual aborda dados pessoais,

condições econômicas, sociodemográficas e clínicas. A QV foi avaliada por meio da aplicação das escalas WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. Para a avaliação cognitiva, utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

O Projeto WHOQOL, elaborado por um grupo de estudiosos reunidos pela Organização Mundial da Saúde, desenvolveu instrumentos de avaliação da QV. Para o presente estudo, optou-se pela versão abreviada, o WHOQOL-Bref, criada em 1998 e composta por 26 questões agrupadas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100). Cada domínio apresenta cinco possibilidades de respostas que seguem a escala de Likert, de 1 a 5. Para a interpretação dos resultados obtidos, quanto maiores os escores, melhor é a qualidade de vida⁽¹²⁾.

Em 1999, o mesmo grupo elaborou um instrumento específico para avaliar a QV de idosos, o WHOQOL-Old, que consiste em 24 itens atribuídos a seis facetas, cada uma com quatro itens: Funcionamento Sensorial; Autonomia; Atividades Passadas, Presentes e Futuras; Participação Social; Morte e Morrer; e Intimidade. Para cada uma das facetas os possíveis escores podem oscilar de 4 a 20, visto que cada item pode obter pontuação de 1 a 5. Assim, quanto maior a pontuação, maior é a qualidade de vida⁽¹²⁾.

A avaliação cognitiva pelo MEEM compreende cinco áreas da cognição: Orientação Temporal e Espacial; Registro; Atenção e Cálculos; Recuperação; Linguagem; Repetição e Comandos Complexos. Para a interpretação do MEEM, foi seguida a proposta sugerida por Bertolucci et al.⁽¹³⁾, na qual a pontuação final deve ser relacionada com a escolaridade

da pessoa avaliada. Vale salientar que a baixa pontuação no MEEM não foi um critério de exclusão no presente estudo.

Análise dos resultados e estatística

Os dados obtidos na coleta de dados foram digitados por duas vezes em planilha do Excel®, validados e conferidos; em seguida, transportados ao programa Statistical Package of Social Sciences (SPSS) versão 22, no qual foram geradas as análises estatísticas descritivas: medidas de posição, dispersão e variabilidade para as variáveis quantitativas e de frequência simples para as variáveis categóricas. Foi calculado o coeficiente de Correlação de Spearman, para a análise da correlação entre os escores globais da QV (WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD) e as variáveis idade, anos de estudo, número de complicações e número de comorbidades.

A interpretação das análises de correlação se deram segundo Polit⁽¹⁴⁾, que classifica o coeficiente de correlação entre: correlação fraca (coeficiente entre 0 e 0,3), correlação moderada (coeficiente entre 0,3 e 0,7) e correlação forte (coeficiente entre 0,7 e 1). Foi considerado o nível de significância de 5% ($p = 0,05$) para as análises estatísticas.

RESULTADOS

A idade média dos 35 pacientes entrevistados foi de 68,26 anos, sendo que, do total, 54,30% eram mulheres. A maior parte (57,15%) desses idosos mora com esposo(a) ou companheiro(a). A média em anos de estudo foi de 3,94 anos. Como fonte de renda, a maioria dos idosos entrevistados possui aposentadoria (77,10%).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de idosos em tratamento conservador da Doença Renal Crônica, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2015

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média
Idade (anos)	35		60	87	68,26
Sexo					
Masculino	16	45,70			
Feminino	19	54,30			
Estado conjugal					
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	5	14,30			
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	20	57,15			
Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)	4	11,40			
Viúvo(a)	6	17,15			
Anos de estudo			0,3	14	3,94
Fonte de renda*					
Aposentadoria	27	77,10			
Pensão	5	14,30			
Aluguel	3	8,60			
Trabalho próprio	3	8,60			
Benefício do Instituto Nacional do Seguro Social	1	2,90			
Total	35	100,00			

Nota: *Admite mais de uma resposta.

A avaliação cognitiva, realizada com o MEEM, demonstrou um déficit cognitivo em 11,40% dos idosos participantes. O tempo médio de tratamento conservador dos pacientes entrevistados foi de 4,62 anos. Das complicações autorreferidas que possuem relação com a DRC, as mais citadas pelos pacientes foram: Pressão alta em 77,10%, Câimbras em 57,10%, Anemia em 54,30%, Perda de peso em 54,30%, Dor em 51,40%, Fraqueza em 48,60%, Ganho de peso em 48,60% e Constipação em 42,90%. O número médio de complicações autorreferidas por idoso foi de 5,60.

As comorbidades mais referidas pelos pacientes foram: Déficit Visual (65,70%), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (62,90%), Diabetes *mellitus* (DM) (51,40%), Catarata (45,70%) e Infarto Agudo do Miocárdio (31,40%). O número médio de comorbidades referidas foi de 3,70 por idoso.

Com relação à Qualidade de vida, os resultados obtidos com a aplicação do WHOQOL-BREF demonstraram o maior escore

médio para o domínio "Relações sociais" ($70,36 \pm 18,32$) e o menor escore médio para o domínio "Psicológico" ($54,40 \pm 16,29$). Para o WHOQOL-OLD, o maior escore médio foi obtido na faceta "Intimidade" ($66,61 \pm 16,80$) e o menor escore médio na faceta "Morte e morrer" ($37,32 \pm 23,79$).

Com o teste de correlação de Spearman, foram obtidos resultados de correlação positiva moderada, com significância estatística $p = 0,015$, entre o número de comorbidades e o número de complicações, ou seja, à medida que aumentou o número de comorbidades, aumentou também o número de complicações.

Houve correlação inversa moderada, com significância estatística $p = 0,004$, entre o número de complicações e o escore global da qualidade de vida do WHOQOL-BREF, indicando que quanto maior o número de complicações, menor foi a qualidade de vida global do WHOQOL-BREF.

Tabela 2 – Caracterização clínica de idosos em tratamento conservador da Doença Renal Crônica, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2015

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média
Anos de tratamento			0,50	21	4,62
Complicações da Doença Renal Crônica*			2	11	5,60
Pressão alta	27	77,10			
Câimbra	20	57,10			
Anemia	19	54,30			
Perda de peso	19	54,30			
Dor	18	51,40			
Fraqueza	17	48,60			
Ganho de peso	17	48,60			
Constipação	15	42,90			
Arritmia cardíaca	12	34,30			
Dor de cabeça	10	28,60			
Coceira	10	28,60			
Infecções repetitivas	8	22,90			
Hipotensão arterial	4	11,40			
Comorbidades*			1	7	3,70
Déficit visual	23	65,70			
Hipertensão arterial sistêmica	22	62,90			
Diabetes <i>mellitus</i>	18	51,40			
Catarata	16	45,70			
Infarto agudo do miocárdio	11	31,40			
Varizes	9	25,70			
Déficit auditivo	7	20,00			
Doença cerebrovascular	5	14,30			
Osteopatias	5	14,30			
Neoplasia maligna	4	11,40			
Doença cardíaca	3	8,60			
Neoplasia benigna	1	2,90			
Desnutrição	1	2,90			
Asma	1	2,90			
Tendinite	1	2,90			
Labirintite	1	2,90			
Trombose	1	2,90			

Nota: *Admite mais de uma resposta.

Tabela 3 – Descrição da Qualidade de Vida, segundo domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD dos idosos em tratamento conservador da Doença Renal Crônica, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2015

Variáveis	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Domínios WHOQOL-BREF					
Domínio físico	56,7347	15,77746	57,1429	21,43	89,29
Domínio psicológico	54,4048	16,29308	54,1667	12,50	91,67
Domínio relações sociais	70,3571	18,32362	75,0000	25,00	100,00
Domínio meio ambiente	60,0893	14,18119	62,5000	25,00	87,50
Qualidade de Vida global	58,9117	12,76934	59,3750	32,29	87,50
Facetas WHOQOL-OLD					
Habilidade sensorial	42,8571	17,29282	43,7500	6,25	87,50
Autonomia	58,5714	19,76922	56,2500	0,00	93,75
Atividades passadas, presentes e futuras	63,3333	20,70549	62,5000	12,50	100,00
Participação social	64,7619	18,01650	68,7500	31,25	100,00
Morte e morrer	37,3214	23,79860	37,5000	0,00	93,75
Intimidade	66,6071	16,80766	68,7500	25,00	100,00
Qualidade de Vida global	55,5888	13,02793	55,2083	27,08	81,25

Tabela 4 – Teste de correlação de Spearman entre variáveis independentes e o escore global da qualidade de vida do WHOQOL-BREF e escore global de qualidade de vida do WHOQOL-OLD de idosos em tratamento conservador da Doença Renal Crônica, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2015

Variáveis		Idade (anos)	Anos de estudo	Nº de complicações	Nº de comorbidades	Qualidade de Vida global WHOQOL-BREF	Qualidade de Vida global WHOQOL-OLD
Idade (anos)	Coefficiente de correlação	1,000	-0,287	-0,169	-0,022	0,026	0,164
	p		0,112	0,331	0,899	0,882	0,346
Anos de estudo	Coefficiente de correlação	-0,287	1,000	-0,218	-0,048	0,057	0,041
	p	0,112		0,230	0,795	0,756	0,822
Nº de complicações	Coefficiente de correlação	-0,169	-0,218	1,000	0,409*	-0,471*	-0,248
	p	0,331	0,230		0,015	0,004	0,151
Nº de comorbidades	Coefficiente de correlação	-0,022	-0,048	0,409*	1,000	-0,249	-0,165
	p	0,899	0,795	0,015		0,149	0,343
Qualidade de Vida global WHOQOL BREF	Coefficiente de correlação	0,026	0,057	-0,471*	-0,249	1,000	0,711**
	p	0,882	0,756	0,004	0,149		0,000
Qualidade de Vida global WHOQOL OLD	Coefficiente de correlação	0,164	0,041	-0,248	-0,165	0,711**	1,000
	p	0,346	0,822	0,151	0,343	0,000	

Nota: *Correlação Moderada; **Correlação Forte.

Foi encontrada também correlação positiva forte, com significância estatística $p = 0,000$, entre os escores de qualidade de vida global do WHOQOL-BREF e escore global do WHOQOL-OLD. Assim, quanto maior foi o escore global

de qualidade de vida no WHOQOL-BREF, maior também foi o escore global de qualidade de vida no WHOQOL-OLD, demonstrando compatibilidade entre os resultados dos dois instrumentos.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo, a caracterização dos participantes segundo sexo vai ao encontro do perfil dos idosos brasileiros, visto que em nosso país as mulheres representam 55,7% da população. Quando analisamos as diferenças numéricas entre os gêneros na população idosa, podemos observar que quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna^(7,15). Sabe-se que, em comparação aos homens, as mulheres possuem um maior acompanhamento médico contínuo; segundo Rembold et al.⁽¹⁶⁾, a presença predominante de mulheres na fase pré-dialítica pode ser explicada pelo fato de que elas dão mais atenção à saúde. Acreditamos que, na fase pré-dialítica, a presença de mulheres é superior pois de alguma forma o paciente ainda não dependente de uma TRS possui uma maior possibilidade de escolha em ter ou não acompanhamento médico, o qual, na fase dialítica, caracteriza a manutenção da vida.

O tempo médio de estudo entre os idosos brasileiros aumentou de 3,50 em 2004 para 4,80 anos em 2014⁽⁷⁾, fato não possível de observar na população desse estudo. Compreendemos que, geralmente, um baixo nível educacional dificulta o empoderamento e a participação social. Refletindo sobre a ampla definição de QV, pode-se empiricamente considerar a baixa escolaridade como risco potencial. Contudo, na presente pesquisa não se verificou correlação com significância estatística entre os escores de QV e anos de estudo.

Muitos fatores podem estar relacionados com o déficit cognitivo detectado em 11,40% dos participantes; além da baixa escolaridade, o envelhecimento em si pode ser citado como causa, pois se aceita o fato de que o idoso possui uma menor velocidade para o processamento de informações como ler, escrever e memorizar⁽¹⁷⁾. Nesse público, podemos adicionar ainda como uma das possíveis causas a própria DRC, pois os indivíduos acometidos por ela constituem uma população de alto risco para o declínio cognitivo devido ao uso de “polifarmácias” e pelas comorbidades mais frequentes (DM e HAS)⁽¹⁸⁾.

O tempo médio em tratamento conservador avaliado foi de 4,62 anos, mostrando-se superior a outras unidades que possuem o mesmo serviço ambulatorial⁽¹⁹⁾. Além de questões regionais, fatores sociais, políticos e culturais podem estar envolvidos com essa diferença, porém devemos levar em consideração, no país, a existência de uma crescente ampliação da assistência ambulatorial⁽²⁰⁾.

Quanto às complicações da DRC autorreferidas, por serem relatadas por mais da metade dos idosos, destacaram-se pressão alta, câimbras, anemia, perda de peso e dor. Sabe-se que a prevalência das complicações para essa doença aumenta a partir de uma diminuição de cerca de 50% da função renal e abaixo desse nível⁽²¹⁾. Um estudo realizado simultaneamente, no mesmo ambulatório e com o mesmo público-alvo do presente estudo, avaliando o nível de fragilidade dos idosos com DRC em tratamento conservador, verificou que nesse grupo os pacientes apresentaram algum grau de fragilidade, e que uma maior fragilidade está correlacionada a um número maior de complicações clínicas⁽²²⁾.

Apesar de que, em nosso estudo, os pacientes não foram classificados quanto ao estágio da DRC, sabe-se que os pacientes idosos atendidos no ambulatório estudado apresentam

70% ou mais da função renal comprometida, o que caracteriza os estágios finais da doença. Nesses estágios mais avançados, a doença apresenta uma sintomatologia semelhante ou até maior do que nos pacientes em tratamento hemodialítico.

O déficit visual expressou-se como a comorbidade mais presente entre os pacientes. De forma geral, no Brasil, o déficit visual acomete um grande número de pessoas; entre os idosos acima de 65 anos, a incidência é de 49,8%⁽²³⁾.

A perda auditiva foi relatada por 20% dos pacientes estudados. O déficit auditivo atinge 25,6% dos idosos brasileiros⁽²³⁾. Independentemente da perda fisiológica esperada no processo de envelhecimento, estudos demonstram que pacientes adultos com DRC submetidos ao tratamento conservador apresentam maior perda auditiva em comparação com a população saudável e com os pacientes renais crônicos submetidos à diálise. Sugere-se que o dano auditivo acontece devido a características da patologia e dos fármacos utilizados no tratamento⁽²⁴⁾.

Diversas são as causas que levam à DRC, porém, em âmbito global, a HAS e a DM são as principais doenças de base que a desencadeiam⁽³⁾. Corroborando com esse dado, após o déficit visual, a HAS e o DM foram as outras duas comorbidades relatadas pela maioria dos participantes do estudo.

Um achado clínico comum em idosos com DRC é a constatação de múltiplas comorbidades⁽²¹⁾. No presente estudo, se verificou o número médio de 3,7 comorbidades referidas por idoso. Como já se poderia prever, foi confirmado com o coeficiente de correlação de Spearman uma relação positiva entre o número de comorbidades e o número de complicações, ou seja, à medida em que aumentam as comorbidades aumentam também as complicações da DRC. Consequentemente, conforme aumentam as complicações, a qualidade de vida diminui.

Sabe-se que QV é pior para os pacientes renais crônicos com vários sintomas⁽⁹⁾. Nesse sentido, em nosso estudo, foi encontrada correlação inversa entre o número de complicações e o escore global de QV do WHOQOL-BREF. Isso concorda com os resultados de um estudo que avalia QV em pacientes em tratamento conservador pelo questionário SF-36 e aponta a mesma correlação entre as variáveis “comorbidades” e “QV”, no qual os autores referem que a presença de três ou mais comorbidades teve um impacto negativo para os domínios capacidade funcional, aspectos físicos e resumo físico⁽²⁵⁾.

Constata-se a existência de poucos estudos que tratam da QV em grupos de pacientes em tratamento conservador/pré-diálise⁽¹⁰⁾. Mais escassos ainda são pesquisas desse tipo com enfoque no paciente idoso. Por meio da aplicação do WHOQOL-BREF, o presente estudo verificou que o domínio “relações sociais” foi o mais fortalecido, atingindo maior escore médio, corroborando com os resultados de estudos que avaliaram com o mesmo instrumento a QV de idosos em geral⁽²⁶⁾ e de pacientes em hemodiálise⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Devido à escassez de artigos avaliando a QV de idosos através do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, utilizamos, para comparação, estudos que avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes pré-dialíticos pelo questionário *Medical Outcomes Study 36 - Short Item - From Health Survey* (SF-36). Para que a comparação fosse possível, consideramos o domínio de “aspectos sociais” do SF-36 semelhante

ao domínio “relações sociais” do WHOQOL-BREF.

Em concordância com nossos resultados, entre os pacientes pré-dialíticos avaliados em outros estudos, o domínio “aspectos sociais” obteve escore médio maior⁽²⁹⁻³⁰⁾. Um estudo que separou em 3 grupos os indivíduos na fase pré-dialítica (de acordo com o estágio da DRC) e comparou os escores de QV entre eles (G1 = estágios 1 e 2; G2 = estágio 3; G3 = estágios 4 e 5), para o G1 e o G2, o maior escore médio foi também para a dimensão de aspectos sociais, e o G3 teve maior escore médio para o aspecto emocional, sendo o aspecto social o segundo maior⁽²⁵⁾.

Em nosso estudo, o menor escore médio pelo WHOQOL-BREF foi encontrado no domínio “Psicológico”, sendo o domínio “físico” o segundo com menor escore. Resultados encontrados em outras pesquisas apontam menor escore no domínio “físico/dimensão física”⁽²⁶⁻²⁹⁾ e “estado geral de saúde”⁽³⁰⁾. Os resultados do estudo que separou os pacientes pré-dialíticos em 3 grupos⁽²⁵⁾ apontam para G2 e G3 o componente do resumo “físico” como o de menor escore médio, porém para os pacientes no G3, os quais podemos considerar os mais semelhantes aos da nossa amostra, o menor escore médio foi encontrado no resumo “mental”, aproximando-se mais do nosso resultado, pois se considerou este (SF-36) compatível ao domínio “psicológico” (WHOQOL-Bref).

Quanto à avaliação da QV através do questionário WHOQOL-OLD, a literatura é ainda mais escassa. Foram localizados apenas trabalhos que avaliaram a QV de idosos com outros enfoques. Em nosso estudo, detectou-se maior escore médio para as facetas Intimidade e Participação Social. Sendo os menores escores médios avaliados nas facetas Morte e Morrer e Habilidade Sensorial. Esses resultados são compatíveis com os encontrados em um estudo que avaliou a qualidade de vida e a fragilidade de 131 idosos que vivem em comunidades na cidade de João Pessoa - PB, constatando escore médio maior na faceta Intimidade e menor escore médio para Morte e Morrer⁽³¹⁾.

Os nossos resultados mostraram que a maior parte dos idosos mora com esposo(a) ou companheiro(a). Se entendermos que a faceta Participação Social, a qual obteve o segundo melhor escore pelo WHOQOL-Old, pode ser relacionada à faceta Intimidade, do mesmo questionário, e ao domínio das Relações Sociais do WHOQOL-Bref, podemos inferir que o apoio de pessoas próximas possui um papel importante para a qualidade de vida.

Sabe-se que o aspecto psicológico pode ser afetado por condições sociodemográficas e individuais, porém é fato que a depressão é uma condição comum entre os pacientes no estágio final da doença renal. Existem evidências de que a depressão e a ansiedade estão relacionadas a menores escores da QV, menor aderência ao tratamento e maior mortalidade para pacientes em hemodiálise⁽³²⁾.

Um estudo realizado com 208 pacientes em tratamento pré-dialítico avaliou a associação de depressão e ansiedade

com a QV, levantando que 47,6% apresentavam depressão. Na mesma pesquisa, entre outras variáveis, a idade e as comorbidades apresentaram correlação positiva com a depressão⁽³²⁾. Associando esses dados ao nosso estudo, podemos inferir que as comorbidades e a faixa etária da nossa amostra estão relacionadas aos piores escores encontrados através dos dois instrumentos de avaliação da QV.

Limitações do estudo

Admite-se como limitação do presente estudo o não levantamento de dados sobre o estado nutricional dos pacientes bem como sobre o estágio da DRC e resultados de exames laboratoriais. Podemos ainda considerar limitante ter apenas o paciente como fonte de informações.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O presente estudo evidenciou maior prejuízo na dimensão psicológica dos idosos com DRC em tratamento conservador. Conhecer com profundidade os aspectos mais prejudicados da qualidade de vida dessa população contribui para um planejamento mais efetivo da assistência à saúde, com enfoque nos principais pontos a serem trabalhados para melhorar a qualidade de vida dessa população. A constatação de correlação entre o número de complicações e a qualidade de vida chama a atenção para a necessidade de se dar maior atenção à sintomatologia no plano terapêutico e, dessa forma, aumentar a qualidade de vida desses idosos.

CONCLUSÃO

A dimensão psicológica é aquela que está mais prejudicada no grupo estudado, interferindo em sua QV. Faz-se necessário incluir na assistência à saúde desses pacientes propostas de cuidados visando fortalecer o aspecto psicológico. Foi evidenciado que uma pior QV está correlacionada com um maior número de complicações, e um maior número de complicações correlacionado com um maior número de comorbidades. É preciso que a escolha terapêutica leve em conta as complicações da DRC, pois amenizando a sintomatologia se favorecerá a QV. Para melhor compreender a QV dos idosos submetidos ao tratamento conservador, são necessários mais estudos que se empenhem em dar continuidade a essa temática, o que possibilitará uma melhor adequação do tratamento às reais necessidades desses pacientes.

FOMENTO

Para realização do estudo, a autora Roberta Maria de Pina Pereira recebeu bolsa de iniciação científica por um período de 6 meses, concedida pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

REFERÊNCIAS

1. Paschoal SMP, Jacob Filho W, Litvoc J. Development of Elderly Quality of Life Index - EqoLI: item reduction and distribution into dimensions. *Clinics* [Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 01];63(2): 179-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v62n3/a12v62n3.pdf>

2. Tonelli M, Riella M. Chronic kidney disease and the aging population. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 14];36(1):1-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3968612/>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. Gottlieb MG, Schwanke CHA, Gomes I, Cruz IBM. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 01];14(2):365-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n2/v14n2a16>
5. Riella M C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 1247p.
6. Nasri H. World Kidney Day 2014. Chronic kidney disease and aging: a global health alert. *Iran J Public Health* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 14];43(1):126-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4454032/pdf/IJPH-43-126.pdf>
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. IBGE: Rio de Janeiro: 2016;137p.
8. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Sci Med*[Internet]. 1995 [cited 2016 Jun 01];41(10):1403-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>.
9. Josland E. Quality of Life: what information is already available and what evidence is this based on? *Nephrology* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 14];18:410-3. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nep.12072/epdf>
10. Joshi VD. Quality of life in end stage renal disease patients. *World J Nephrol* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 01];3(4):308-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4220366/pdf/WJN-3-308.pdf>
11. Kusumota L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise [Tese]. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
12. Pedrosa B, Picinin CT, Cantorani JRH, Gutierrez GL. Inferências da Organização Mundial da Saúde na promoção da qualidade de vida: uma explanação contemporânea dos instrumentos WHOQOL. *Rev Bras Qual Vida* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 01];5(4):19-25. Available from: <https://periodicos.utfrpr.edu.br/rbqv/article/view/1734>
13. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 1994 [cited 2016 Jun 01]; 52(1):01-07. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>
14. Polit DF. *Data Analysis & Statistics for Nursing Research*. Stamford, Conn: Appleton & Lange, 1996.
15. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 14];27(1):165-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>
16. Rembold SM, Santos DLS, Vieira GB, Barros MS, Lugon JR. Demographic profile of individuals with chronic renal disease from a multidisciplinary outpatient clinic of a university teaching hospital. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 14];22(spe):501-4. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/en_09.pdf
17. Yassuda MS, Lasca VB, Neri AL. Meta-memória e auto-eficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicol Reflex Crit* [Internet]. 2005 [cited 2016 Jun 01];18(1):78-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24820.pdf>
18. Condé SAL, Fernandes N, Santos FR, Chouab A, Mota MMEP, Bastos MG. Cognitive decline, depression and quality of life in patients at different stages of chronic kidney disease. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 01];32(3):242-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n3/en_v32n3a04.pdf
19. Luciano EP, Luconi PS, Sesso RC, Melaragno CS, Abreu PF, Reis SFS et al. Prospective study of 2151 patients with chronic kidney disease under conservative treatment with multidisciplinary care in the Vale do Paraíba, SP. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 01];34(3):226-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/en_v34n3a03.pdf
20. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. [The public healthcare system in the context of Brazil's demographic transition: current and future demands]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 01];28(5):955-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/14.pdf> Portuguese.
21. Bastos M, Oliveira DC, Kirstajn GM. Doença renal crônica no paciente idoso. *Clin Biomed Res* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 01];31(1). Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/19156/11527>
22. Meira AS, Batista MA, Pereira RMP, Rodrigues RAP, Fhon JRS, Kusumota L. Frailty in elderly patients with chronic kidney disease under conservative treatment. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jun 01];17(3):386-92. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/18389>
23. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
24. Lopez PS, Silva DPC, Martin LC, Montovani JC. Could the type of treatment for chronic kidney disease affect the auditory system? *Braz J Otorhinolaryngol*[Internet]. 2014[cited 2016 Jun 01];80(1):54-59 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24626893>

25. Cruz MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins LA, Sesso RCC. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 01];66(6):991–5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v66n6/12.pdf>
 26. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life of seniors living in the community and in long-term care facilities: a comparative study. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 01];21(spe):3-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v66n6/12.pdf>
 27. Ferreira RC, Silva Filho CR. Quality of life of chronic renal patients on hemodialysis in Marília, SP, Brazil. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 14];33(2):129-35. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n2/en_a03v33n2.pdf
 28. Takemoto AY, Okubo P, Bedendo J, Carreira L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 01];32(2):256-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a07v32n2.pdf>
 29. Fassbinder TRC, Winkelmann ER, Schneider J, Wendland J, Oliveira OB. Functional capacity and quality of life in patients with chronic kidney disease in pre-dialytic treatment and on hemodialysis: a cross sectional study. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 01];37(1):47-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/en_0101-2800-jbn-37-01-0047.pdf
 30. Mansur HN, Colugnati FA, Grincenkov FR, Bastos MG. Frailty and quality of life: a cross-sectional study of brazilian patients with pre-dialysis chronic kidney disease. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 14];28;12:27. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-12-27>
 31. Pontes MLF, Silva CR, Farias RA, Brito NMI. Qualidade de vida e fragilidade em idosos que residem em comunidades. 4º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. *Anais CIEH*, 2015;2(1). ISSN 2318-0854.
 32. Lee Y-J, Kim M, Cho S, Kim SR. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Intern J Clin Pract* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 14];67(4):363-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23521328>
-