



Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde

Adults and elderly on hemodialysis evaluation of health related quality of life

Adultos y ancianos com hemodiálisis: evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud

Luciana Kusumoto¹, Sueli Marques², Vanderlei José Haas³, Rosalina Aparecida Paterzani Rodrigues⁴

RESUMO

Objetivos: Caracterizar os adultos e idosos em hemodiálise residentes em Ribeirão Preto-SP. Avaliar e descrever as diferenças na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) desses pacientes. **Métodos:** Estudo seccional e populacional com 194 pacientes em hemodiálise em quatro serviços de diálise do município. Os instrumentos utilizados foram: para caracterização da população, Mini Exame do Estado Mental e Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM). **Resultados:** Dos pacientes, 132 eram adultos e 62 idosos. Foram encontradas diferenças entre os escores médios dos dois grupos, com significância estatística nas dimensões do KDQOL-SFTM: Funcionamento físico, Função física, emocional, Sobrecarga da doença renal e Estímulo da equipe de diálise. **Conclusão:** A insuficiência renal crônica terminal e a hemodiálise se relacionaram com a QVRS dos adultos e idosos. Os resultados podem subsidiar a atuação dos profissionais da saúde para atender as necessidades iminentes, prevenir complicações, enfim almejar uma melhor QVRS.

Descritores: Qualidade de vida; Diálise renal; Insuficiência renal crônica; Saúde do idoso; Idoso

ABSTRACT

Objectives: To categorize adults and elderly people in hemodialysis treatment residing in Ribeirão Preto, SP, Brazil. To evaluate and describe the differences in the Health-Related Quality of Life (HRQOL) of these patients. **Methods:** Cross-sectional and population study with 194 patients in hemodialysis in four dialyses services in the city. The instruments used were: Mini Exam of Mental State to characterize the population and Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM). **Results:** There were 132 adults and 62 elderly individuals in the study. Differences between the two groups' average scores were found with statistical significance in the KDQOL-SFTM dimensions: physical functioning, role-physical, role-emotional, Burden of kidney disease and dialysis staff encouragement. **Conclusion:** Chronic renal failure and hemodialysis are related to the HRQOL of adults and elders. The results can support the health professionals' actions in providing the care to the patients' imminent needs, prevent complications and aim at a better HRQOL.

Keywords: Quality of life; Renal dialysis; Renal insufficiency, chronic; Health of the elderly; Aged

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar a los adultos y ancianos con hemodiálisis residentes en Ribeirão Preto-SP. Evaluar y describir las diferencias en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) de esos pacientes. **Métodos:** Estudio seccional y poblacional realizado con 194 pacientes con hemodiálisis en cuatro servicios de diálisis del município. Los instrumentos utilizados fueron: para caracterización de la población, Mini Examen del Estado Mental y Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM). **Resultados:** Del total de pacientes, 132 eran adultos y 62 ancianos. Se encontraron diferencias entre los escores medios de los dos grupos, con significancia estadística en las dimensiones del KDQOL-SFTM: Funcionamiento físico, Función física, emocional, Sobrecarga de la enfermedad renal y Estímulo del equipo de diálisis. **Conclusión:** La insuficiencia renal crónica terminal y la hemodiálisis se relacionaron con la QVRS de los adultos y ancianos. Los resultados pueden brindar subsidios para la actuación de los profesionales de la salud para atender las necesidades iminentes, prevenir complicaciones, en fin desear una mejor CVRS.

Descriptores: Calidad de vida; Diálisis renal; Insuficiencia renal crónica; Salud del anciano; Anciano

¹ Doutora, Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Doutora, Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Físico, Professor PRODOC/CAPEs da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica terminal (IRCT) é uma doença crônica, progressiva, debilitante, que causa incapacidades e que apresenta alta mortalidade, sendo que a incidência e prevalência têm aumentado na população mundial⁽¹⁻²⁾. No Brasil, apesar de existirem escassos dados epidemiológicos relacionados à IRCT, estima-se que existam na atualidade 1,2 milhão de pessoas com insuficiência renal⁽³⁾.

Sabe-se que a população com IRCT tem aumentado nos últimos anos, principalmente devido ao envelhecimento da população geral e ao aumento no número de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus que, atualmente, são as principais causas da IRCT no Brasil⁽³⁻⁴⁾.

O envelhecimento populacional compõe um dos fatores que justificam o crescimento do número de pacientes em tratamento dialítico nos últimos anos. O aumento da expectativa de vida das pessoas e o avanço nos tratamentos de doenças têm determinado uma tendência ao crescimento contínuo de idosos com IRCT, iniciando diálise. No Brasil, em 1999, 26% dos pacientes em diálise tinham 60 anos e mais de idade⁽⁵⁾.

A IRCT é o resultado final do comprometimento da função renal que ocasiona múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostasia interna do organismo⁽³⁾. A ocorrência e a intensidade dos sinais e sintomas da IRCT dependem do grau de comprometimento renal e de outras condições subjacentes, tais como, presença de outras doenças crônicas e/ou redução da função renal decorrente de alterações anatômicas e fisiológicas, próprias do envelhecimento humano⁽⁶⁻⁷⁾.

As modalidades de tratamento da IRCT, para substituição parcial das funções renais, são: diálise, que subdivide-se em hemodiálise e diálise peritoneal e transplante renal. Estes tratamentos mantêm a vida, porém não promovem a cura da IRCT⁽⁶⁾.

A hemodiálise é o tratamento dialítico mais utilizado na atualidade⁽³⁾. Consiste na diálise realizada por uma máquina, na qual se promove a filtração extracorpórea do sangue. A prescrição do tratamento é em média três sessões semanais, por um período de três a cinco horas por sessão, dependendo das necessidades individuais⁽⁶⁾.

A progressão da IRCT e o tratamento por hemodiálise causam restrições e prejuízos nos estados de saúde física, mental, funcional, bem-estar geral, interação social e satisfação de pacientes⁽⁸⁻⁹⁾. As limitações dos pacientes em hemodiálise, principalmente de ordem física, tendem a aumentar com o avançar da idade, pois os idosos apresentam a fragilidade decorrente do processo de envelhecimento e estão mais sujeitos à ocorrência de múltiplas co-morbidades⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Os aspectos da vida dos pacientes que podem estar afetados têm sido investigados por meio da avaliação da qualidade de vida (QV). Já, os aspectos relacionados às

doenças e/ou tratamentos, têm sido abordados pela mensuração da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)⁽⁸⁻¹⁰⁾.

A investigação da QVRS representa uma tentativa de quantificar, em termos cientificamente analisáveis, as conseqüências das doenças e de tratamentos, segundo a percepção subjetiva dos pacientes⁽¹⁰⁾. Além disso, a QVRS possibilita a abordagem dos pacientes com IRCT segundo dimensões relevantes que podem estar comprometidas e que também podem direcionar ações específicas para o atendimento desses pacientes⁽¹⁰⁾. Existem vários instrumentos que avaliam a QVRS, dentre eles o *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF™)* que provavelmente, é o questionário mais completo disponível no Brasil para avaliar QVRS de pacientes com IRCT em diálise⁽¹¹⁾.

O *KDQOL-SF™* é um instrumento que inclui o *MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF36)* como uma medida genérica que avalia a saúde geral do indivíduo e consiste em oito domínios sobre saúde física e mental: capacidade funcional (10 itens), limitações causadas por problemas de saúde física (4 itens), limitações causadas por problemas de saúde mental/emocional (3 itens), função social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), vitalidade (4 itens) e percepção da saúde geral (5 itens). Em suplemento ao SF36, tem-se uma escala multitens abordando indivíduos com IRCT em diálise que inclui 43 itens direcionados à doença renal: sintomas/problemas físicos (12 itens), efeitos da doença renal em sua vida diária (8 itens), sobrecarga imposta pela doença renal (4 itens), situação de trabalho (2 itens), função cognitiva (3 itens), qualidade das interações sociais (3 itens), função sexual (2 itens) e sono (4 itens). Inclui, ainda, dois itens de suporte social, dois itens sobre apoio da equipe profissional de diálise e um item sobre satisfação do paciente. Os escores dos itens do *KDQOL-SF™* variam entre 0 e 100; os valores menores correspondem à QVRS menos favorável, enquanto os escores mais elevados refletem melhor QVRS⁽¹¹⁾.

Este instrumento foi submetido ao processo de tradução, adaptação cultural e validação para a cultura brasileira⁽¹²⁾.

Optou-se por utilizar esse instrumento, uma vez que inclui aspectos gerais sobre saúde, além de permitir comparação entre populações e conter aspectos específicos da doença renal.

Frente ao exposto, consideram-se relevante identificar a QVRS de pacientes em tratamento por hemodiálise e descrever possíveis diferenças para os adultos e idosos, e desta forma, direcionar o planejamento da assistência de enfermagem aos dois grupos do estudo.

OBJETIVOS

Caracterizar a população de pacientes adultos e idosos em hemodiálise residentes em Ribeirão Preto-SP; avaliar e

descrever as diferenças da QVRS destes pacientes.

MÉTODOS

Tipo e local do estudo: seccional e populacional realizado com pacientes adultos (18-59 anos) e idosos (60 anos e mais) em tratamento por hemodiálise, nos quatro Serviços de Diálise de Ribeirão Preto - SP.

Sujeitos: Critérios de inclusão dos pacientes: ter 18 anos ou mais de idade; residir em Ribeirão Preto-SP e ter IRCT em tratamento por hemodiálise por seis meses ou mais. Critério de exclusão: pacientes com 60 anos e mais com escores de avaliação cognitiva menores que 20 pontos; para analfabetos 25 pontos; para 1-4 anos de escolaridade 26,5; para 5-8 anos 28, para 9-11 anos e 29 para idosos com escolaridade superior a 11 anos⁽¹³⁾. A investigação de uma população que também incluiu idosos exigiu a aplicação de uma escala de avaliação cognitiva para garantir o entendimento dos itens do instrumento de QVRS utilizado. Foram incluídos no estudo um total de 194 pacientes.

Coleta de dados: realizada de novembro de 2004 a março de 2005, por meio de entrevistas com os pacientes durante as sessões de hemodiálise em procedimento estável.

Instrumentos utilizados:

- Caracterização sócio-demográfica, econômica e clínica.

- Avaliação da QVRS: KDQOL-SFTM na versão traduzida, adaptada e disponibilizada para a cultura brasileira⁽¹¹⁻¹²⁾.

- Avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹³⁾.

Aspectos éticos: Foi solicitado consentimento dos quatro serviços em questão, na seqüência o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP e, aos pacientes, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise dos dados: utilizado o programa de análise disponibilizado pelo KDQOL-SFTM Working Group e o Statistical Package for the Social Sciences, versão 11.5, para gerar as análises de frequência univariada, tabelas de contingência e comparação das médias de QVRS.

RESULTADOS

Caracterização dos pacientes

O total de 21 pacientes foi excluído antes de iniciar o estudo: 12 apresentaram avaliação cognitiva insatisfatória e 9 tinham tempo em tratamento por hemodiálise menor que seis meses. Houve uma perda de 54 pacientes (21,8%), dos quais, 16 se recusaram a participar; 12 foram a óbito, 10 foram hospitalizados, 6 realizaram transplante renal; 7 foram transferidos para

outros serviços e 3 foram transferidos para diálise peritonial. Portanto, fizeram parte desta pesquisa 194 pacientes, sendo 132 adultos e 62 idosos, com idade variando entre 19 e 85 anos e faixa etária com maior distribuição entre 50-59 anos, 51(26,3%) dos pacientes.

Em relação ao sexo, 123 (63,4%) eram homens, e 71 (36,6%) eram mulheres; houve predomínio da cor da pele branca com 124(63,9%) pacientes. Quanto à escolaridade, verificou-se que 128 (66,0%) sabiam ler e escrever e tinham entre 1 e 8 anos de estudo. A maioria, 120 (61,8%), dos pacientes tinha um companheiro(a), 145 (74,7%) residiam com a família e 28 (14,4%) somente com o(a) esposo(a). Na Tabela 1 encontram-se as principais características sócio-demográficas e econômicas dos participantes deste estudo.

Quanto ao tempo de tratamento por hemodiálise, a mediana foi de 30,0 com variação entre 6 e 269 meses completos. Para 188 (96,9%) pacientes, o acesso vascular utilizado para hemodiálise foi a Fístula Arteriovenosa.

No que se refere ao perfil clínico, o número médio de co-morbidades para cada paciente foi de 3, observando diferença significativa de 2,5 co-morbidades para os adultos e 3,8 para os idosos, conforme Tabela 2.

Os pacientes referiram complicações físicas relacionadas à IRCT e ao tratamento por hemodiálise, destacando-se: anemia (89,7%), câibras (71,1%), fraqueza (54,6%), dor (54,6%), hipotensão arterial durante a hemodiálise (54,6%) e prurido (51,5%), dentre outras. Calculou-se em 5,7 o número médio de complicações físicas por participante, sendo 5,9 para adultos e 5,1 para idosos.

Qualidade de vida relacionada à saúde

As dimensões genéricas e específicas do KDQOL-SFTM, obtiveram consistência interna, medida pelo coeficiente α de Cronbach, com valores próximos a 0,70, com exceção das dimensões situação de trabalho ($\alpha=0,5678$) e qualidade de interação social ($\alpha=0,5494$). O valor do coeficiente de α Cronbach obtido para todo o instrumento foi de 0,94, o que determina consistência nas respostas dos pacientes às questões do KDQOL-SFTM.

Como pode ser observado na Tabela 3, foram encontradas diferenças entre os escores médios nas dimensões da escala, para adultos e idosos, com significância estatística para: funcionamento físico, função física, função emocional, sobrecarga da doença renal e estímulo por parte da equipe de diálise.

Com os dados da Tabela 4, buscou-se descrever os itens que compõem as dimensões afetadas, que foram questionados aos pacientes, para averiguar as reais diferenças entre os dois grupos estudados. Os resultados mostraram que para as dimensões: funcionamento físico, função física, e sobrecarga da doença renal, todos os itens tiveram escores médios menores para os idosos,

sem exceções, significando que este grupo tem pior QVRS que os adultos, para as dimensões citadas.

Quanto a avaliação dos itens que compõem as dimensões função emocional e estímulo por parte da equipe de diálise, ocorreu o inverso, os idosos obtiveram os escores médios maiores que os adultos, isto é, demonstraram melhor

Tabela 1 – Variáveis sócio-demográficas e econômicas dos 132 adultos e 62 idosos em tratamento por hemodiálise

Variáveis	Adultos		Idosos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	46	34,8	25	40,3	71	36,6
Masculino	86	65,2	37	59,7	123	63,4
Cor da Pele						
Branca	76	57,6	48	77,4	124	63,9
Parda	30	22,7	10	16,1	40	20,6
Amarela	3	2,3	0	0	3	1,6
Negra	23	17,4	4	6,5	27	13,9
Escolaridade (anos de estudo)						
Sem instrução/menos de 1 ano	4	3,0	9	14,5	13	6,7
1-8	84	63,6	44	71,0	128	66,0
9-11	24	18,2	5	8,1	29	14,9
12+	20	15,2	4	6,4	24	12,4
Renda (SM)*						
Até 1	29	22,0	15	24,2	44	22,7
+1-3	39	29,5	17	27,4	56	28,9
+3-5	18	13,6	15	24,2	33	17,0
5+	31	23,5	8	12,9	39	20,1
Sem rendimentos	15	11,4	7	11,3	22	11,3
Trabalho						
Não tem	87	65,9	50	80,6	137	70,6
Tem	45	34,1	12	19,4	57	29,4
Aposentadoria						
Não tem	73	55,3	20	32,3	93	47,9
Tem	59	44,7	42	67,7	101	52,1
Total	132	68,0	62	32,0	194	100

* O Salário Mínimo (SM) vigente era de R\$260,00

QVRS para as dimensões em questão.

Foram identificadas diferenças entre os grupos de pacientes estudados, quando verificadas as relações entre

Tabela 3 – Valores médios e desvios-padrão das dimensões do KDQOL-SF™ entre os 132 pacientes adultos e 62 idosos em tratamento por hemodiálise e teste-t de comparação entre os dois grupos

Dimensões (número dos itens)	Adultos Média	Desvio padrão	Idosos Média	Desvio padrão	p
Funcionamento físico (10)	65,6	28,1	46,2	28,7	0,000*
Função física (4)	41,5	35,2	31,5	30,3	0,044*
Dor (2)	63,5	28,2	58,8	30,5	0,285
Saúde geral (5)	56,3	24,7	58,1	22,6	0,624
Bem-estar emocional (5)	66,7	24,0	71,4	23,3	0,204
Função emocional (3)	60,4	40,6	74,2	31,6	0,011*
Função social (2)	66,4	29,3	59,9	30,6	0,157
Energia/fadiga (4)	64,5	24,3	60,2	24,6	0,261
Lista de sintomas/problemas (12)	80,1	14,3	77,6	17,4	0,337
Efeitos da doença renal (8)	63,0	19,7	68,4	18,7	0,070
Sobrecarga da doença renal (4)	49,0	29,6	35,3	31,8	0,004*
Situação de trabalho (2)	35,6	41,2	27,4	34,7	0,152
Função cognitiva (3)	79,2	21,4	84,3	19,2	0,115
Qualidade da interação social (3)	78,1	20,2	83,1	18,6	0,098
Função sexual (2)	77,8	28,7	89,1	14,1	0,081
Sono (4)	70,8	21,4	68,8	20,3	0,532
Suporte social (2)	81,6	25,4	83,9	24,7	0,553
Estímulo por parte da equipe de diálise (2)	77,8	31,8	87,9	24,3	0,016*
Satisfação do paciente (1)	72,5	20,1	68,3	18,5	0,166

* Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Tabela 2 – Distribuição das co-morbidades dos 132 adultos e 62 idosos em tratamento por hemodiálise

Co-morbidades	Adultos		Idosos		Total	
	n=132	%	n=62	%	n=194	%
Transtornos visuais e cegueiras	89	61,4	56	38,6	145	100
Hipertensão arterial	95	67,9	45	32,1	140	100
Outras	44	58,7	31	41,3	75	100
Perdas de audição	24	48,0	26	52,0	50	100
Catarata	16	38,1	26	61,9	42	100
Diabetes mellitus	19	47,5	21	52,5	40	100
Hepatopatia	17	65,4	9	34,6	26	100
Osteopatias	16	72,7	6	27,3	22	100
Neoplasia benigna	9	69,2	4	30,8	13	100
Doença cerebrovascular	4	36,4	7	63,6	11	100
Infarto agudo do miocárdio	3	33,3	6	66,7	9	100
Neoplasia maligna	2	33,3	4	66,7	6	100
Insuficiência cardíaca	3	60,0	2	40,0	5	100
Total	341	58,6	241	41,4	582	100

Tabela 4 – Escores das dimensões por itens do KDQOL-SFTM – para 132 adultos e 62 idosos em tratamento por hemodiálise

Dimensões	Itens	Adultos (n=132)		Idosos (n=62)	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Funcionamento físico	3a Atividades requerem muito esforço	26,1	35,2	8,1	22,5
	3b Atividades moderadas	68,2	40,6	43,6	38,9
	3c Levantar e carregar compras	62,5	38,8	37,9	35,9
	3d Subir vários lances de escada	47,4	42,5	33,1	41,4
	3e Subir um lance de escada	76,9	36,8	59,7	39,3
	3f Inclinarse, ajoelhar-se ou curvar-se	64,8	44,4	35,5	44,7
	3g Caminhar mais de um quilômetro	59,5	43,3	41,9	46,3
	3h Caminhar vários quarteirões	74,2	37,8	54,8	44,1
	3i Caminhar um quarteirão	83,3	33,1	66,9	39,4
	3j Tomar banho ou vestir-se	92,8	23,2	80,7	35,5
Função física	4a Reduziu quantidade de tempo que passa trabalhando devido saúde física	56,8	49,7	46,8	50,3
	4b Fez menos coisas do que gostaria devido à saúde física	23,5	42,6	21,0	41,0
	4c Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza	38,6	48,9	24,2	43,2
	4d Teve dificuldade para trabalhar ou realizar outra atividade	47,0	50,1	33,9	47,7
Função emocional	5a Reduziu quantidade tempo trabalhando por problemas emocionais	59,9	49,2	80,7	39,8
	5b Fez menos coisas do que gostaria por problemas emocionais	48,5	50,2	64,5	48,2
	5c Trabalhou ou realizou atividades com menos atenção	72,7	44,7	77,4	42,2
Sobrecarga da doença renal	12a Doença renal interfere na vida	32,8	39,5	17,7	35,2
	12b Muito tempo gasto com doença renal	29,7	38,7	24,2	38,7
	12c Sente-se decepcionado com doença renal	58,3	43,7	45,2	47,7
	12d Sente-se um peso para a família	75,2	37,8	54,0	46,7
Estímulo por parte da equipe de diálise	24a Pessoal da diálise me encorajou a ser independente	74,1	37,0	85,5	28,1
	24b Pessoal da diálise me ajudou lidar/enfrentar doença renal	81,6	33,4	90,3	25,4

Tabela 5 – Escores médios das dimensões do KDQOL-SF, segundo número de co-morbidades para grupos de pacientes adultos e idosos em tratamento por hemodiálise

Grupo/ N° co-morbidades		Dimensão KDQOL-SF TM				
Grupo	N° co-morbidades	Funcionamento físico	Função física	Função emocional	Sobrecarga da doença renal	Estímulo por parte da equipe de diálise
Adultos	0	90,0 (10,0)	66,7(38,2)	66,7(57,7)	60,4(37,7)	95,8(7,2)
	1-3	71,6(23,1)	45,3(34,5)	63,5(39,9)	49,7(27,9)	77,2(32,2)
	4+	45,9(32,9)	28,0(34,1)	50,5(40,9)	45,8(34,2)	78,0(32,0)
Idosos	0	90,0(-)	100,0(-)	100,0(-)	100,0(-)	100,0(-)
	1-3	54,8(25,6)	37,5(34,6)	80,6(29,4)	34,4(31,8)	80,7(33,6)
	4+	39,5(28,8)	25,7(24,6)	69,4(32,8)	34,1(30,7)	92,2(14,8)

as dimensões afetadas de QVRS e a variável clínica co-morbidades. Os dados da Tabela 5 revelam que à medida que os adultos e idosos apresentavam maior número de co-morbidades, os escores médios diminuía, confirmando a percepção inicial de que as co-morbidades se relacionam negativamente com a QVRS de adultos e idosos.

DISCUSSÃO

A IRCT, atualmente, é considerada um grave e crescente problema de saúde pública, ao se levar em

consideração o aumento da incidência e prevalência na população em geral. Este aumento da doença renal pode ser atribuído ao envelhecimento populacional, ao aumento das doenças crônicas, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus, as duas principais causas da IRCT, bem como o aumento da sobrevivência dessas pessoas devido a melhoria da terapêutica dialítica e realização do transplante renal^(4,10,14).

Do ponto de vista sócio-demográfico, neste estudo 132 (68,0%) pacientes eram adultos (idades entre 18 e 59 anos) e 62 (32%) eram idosos (idade igual ou maior que 60 anos), indicando uma proporção maior de idosos

que na população geral em diálise, que é de 26%⁽⁴⁾. É importante destacar que a tendência geral é ter um aumento contínuo e progressivo de idosos com doença renal crônica. A faixa etária que apresentou maior distribuição de pacientes foi entre 50 e 59 anos, o que significa que, em menos de uma década, esses pacientes serão considerados idosos.

Um aspecto importante é a existência de uma rede de apoio informal. O fato da maioria dos pacientes viver com um(a) companheiro(a) e residir com a família pode contribuir para o cuidado no domicílio, pois a IRCT contribui para perdas funcionais com comprometimento da independência e autonomia, muitas vezes tornando-os dependentes parciais ou totais dos cuidados de outra pessoa⁽¹⁵⁾, o que ocorre mais frequentemente com os idosos.

Quanto aos dados econômicos, a baixa renda mensal informada pelos pacientes 64,5% recebiam até 5 SM está vinculada aos meios de obtenção da mesma, tais como a falta de vínculo com trabalho formal, aposentadoria, auxílio-doença e doações. O trabalho exprime relevância na vida das pessoas com a auto-realização profissional, bem como de ordem financeira na manutenção da instituição familiar, principalmente para os adultos. A IRC e os seus tratamentos não constituem impedimento direto e absoluto ao trabalho, mas causam limitações importantes aos pacientes adultos e idosos, muitas vezes ocasionando afastamentos e aposentadorias decorrentes da doença⁽¹⁶⁾.

A IRCT e seu tratamento, na maioria das vezes, causam incapacidades físicas e emocionais, ambas interferem na vida dos adultos e idosos, limitando ou impedindo a realização de suas atividades diárias.

A idade, enquanto variável que pode interferir na QVRS, tem sido investigada^(8-9,17-18). Neste estudo, quando se analisa as diferenças da QVRS entre adultos e idosos, pode-se observar que esta variável se relacionou de forma negativa, principalmente com as dimensões relacionadas à saúde física para os idosos.

Em relação ao KDQOL-SFTM, a dimensão funcionamento físico é composta por dez itens que avaliam as limitações na realização de atividades diárias decorrentes da condição de saúde, questionando a respeito do grau de dificuldade, para realizar desde atividades que requerem muito esforço, até o autocuidado. A dimensão função física aborda as limitações para o tipo e quantidade de trabalho e outras atividades, devido aos problemas físicos. A dimensão sobrecarga da doença renal avalia a extensão em que a doença renal causa frustração e interferência na vida do paciente. Estas três dimensões estão inter-relacionadas e são diretamente dependentes da saúde física, para serem melhor ou pior avaliadas pelos pacientes.

São queixas constantes dos pacientes com IRCT em

hemodiálise a falta de energia, sensação de desânimo e fadiga, o que provavelmente diminui os escores das dimensões supracitadas, podendo justificar as médias mais baixas para os idosos, devido às modificações na condição de saúde decorrentes do próprio processo de envelhecimento, associadas à doença e ao tratamento.

Há, com o processo de envelhecimento, diminuição contínua e progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático do organismo. Este declínio pode atingir graus elevados a ponto de reduzir as funções orgânicas que, em interação aos processos patológicos concomitantes, são responsáveis pela apresentação clínica da doença, frequentemente mais grave no idoso do que no adulto⁽¹⁹⁾.

Em decorrência deste declínio fisiológico que ocorre com o processo de envelhecimento, corre a diminuição gradual e progressiva da capacidade funcional dos idosos, que pode limitá-los na realização de atividades da vida diária, conseqüentemente apresentar pior QVRS para as dimensões relacionadas à saúde física.

Os idosos têm apresentado resultados de avaliações da QVRS semelhantes na literatura científica, com dimensões de avaliação da saúde física apresentando menores escores, quando comparados com as dimensões da saúde mental^(8-10,17,20-21).

Ao descrever maiores escores médios, ou seja, melhor QVRS, para as dimensões função emocional e estímulo por parte da equipe de diálise para os idosos, pode-se inferir que o avançar da idade faz com que os pacientes se ajustem melhor à sua doença e tratamento, principalmente no aspecto emocional. Uma vez que a dimensão função emocional avalia as limitações no tipo e quantidade de trabalho e atividades habituais para o paciente devido à saúde emocional. E, a dimensão estímulo por parte da equipe de diálise, avalia a extensão em que a equipe de profissionais da diálise encoraja a independência e o lidar com a doença renal.

Por outro lado, o fato da doença e do tratamento ter caráter crônico pode desenvolver, nos idosos, uma condição de conformismo e aceitação do seu estado de saúde, refletindo em avaliações “pseudo” positivas da função emocional, bem como das relações interpessoais estabelecidas com a equipe de saúde que os atende.

Os idosos com doenças crônicas não transmissíveis desenvolvem dependências de outras pessoas para o atendimento de suas necessidades, pois enfrentam mudanças de ordem social, econômica, física e emocional. Por sua vez, provavelmente necessitam e possuem, em maior grau, a presença e apoio de familiares e/ou amigos para o cuidado, e o envolvimento da família é imprescindível, para o suporte informal ao idoso com IRCT em tratamento por hemodiálise.

Já, os adultos, enfrentam a sensação de frustração e

impotência, que levam a insatisfações e aspectos emocionais prejudicados, relacionados à sobrecarga da doença e ao contexto socioeconômico, determinados pela condição de renais crônicos⁽¹⁰⁾.

Destaca-se a necessidade de explicar os resultados da relação entre QVRS com a ocorrência de comorbidades dos adultos e idosos. Foi possível verificar que, à medida que os pacientes apresentaram maior número de co-morbidades, os escores médios das dimensões do KDQOL-SFTM diminuíram, indicando que as co-morbidades influenciaram negativamente a QVRS dos pacientes do estudo.

A ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis está diretamente associada aos menores escores de QVRS de uma população⁽¹⁰⁾. Também as co-morbidades têm sido estudadas como um fator comprometedor da QVRS^(10,21).

Tanto as doenças que causam a IRCT quanto as que progridem concomitantemente, enquanto complicações, podem provocar incapacidades físicas, emocionais e sociais para os pacientes acometidos. As médias de 2,5 e 3,8 comorbidades para adultos e idosos, respectivamente, têm relevante significância clínica, visto que além da IRCT, os adultos possuem, aproximadamente, duas outras doenças e os idosos quatro, demandando maiores cuidados de saúde e resultando em pior QVRS.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Fatos sobre doenças crônicas não-transmissíveis. Geneva:OMS; c2003. [citado 2003 Mar 10]. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/ncd.facts.shtml>
2. Lessa I. Outras doenças crônicas não-transmissíveis de importância social. In: Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1998. pp.181-201.
3. Oliveira MB, Romão JE Jr, Zatz R. End-stage renal disease in Brazil: epidemiology, prevention, and treatment. *Kidney Int Suppl.* 2005; (97):S82-6.
4. Romão Junior JE, Pinto SWL, Canziani ME, Praxedes JN, Santello JL, Moreira JCM. Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. *J Bras Nefrol.* 2003; 25(4):187-98.
5. Sesso R. Inquérito epidemiológico em unidades de diálise do Brasil. *J Bras Nefrol.* 2000; 22 (3 Suppl 2):23-6.
6. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2003.
7. Nussenzvelg I. Envelhecimento renal. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p.221-5.
8. Kutner NG, Jassal SV. Quality of life and rehabilitation of elderly dialysis patients. *Semin Dial.* 2002; 15(2):107-12.
9. Gil Cunqueiro JM, García Cortés MJ, Foronda J, Borrego JF, Sánchez Perales MC, Pérez Del Barrio P, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrologia.* 2003; 23(6):528-37.
10. Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis.* 2001; 38(3):443-64. Review.
11. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. *Qual Life Res.* 1994; 3(5):329-38.
12. Duarte PS, Ciconelli RM, Sesso R. Cultural adaptation and validation of the "Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF1.3)" in Brazil. *Braz J Med Biol Res.* 2005; 38(2):261-70.
13. Brucki SMD, Nitri R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3B):777-81.
14. Sesso R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção [texto na Internet]. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiologia; s.d.[citado 2007 Mar 10]. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/irc_prevprof.pdf
15. Belasco AG, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2002; 39(4):805-12.
16. Carreira L, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Rev Latinoam Enferm.* 2003;11(6):823-31.
17. Ortega F, Rebollo P. Health related quality of life (HRQOL) in the elderly on renal replacement therapy. *J Nephrol.*

CONCLUSÃO

A QVRS é um aspecto importante em pessoas com doenças crônicas graves e limitantes que se submetem a tratamentos prolongados e dolorosos e apresentam maior vulnerabilidade às co-morbidades, como é o caso dos pacientes em tratamento por hemodiálise. A comparação da QVRS de adultos e idosos é importante para avaliar o impacto da doença e do tratamento nas condições de vida e, desta forma, direcionar a assistência a esses pacientes, de forma individual e coletiva.

O KDQOL-SFTM mostrou-se um instrumento capaz de avaliar a QVRS de pacientes adultos e idosos em hemodiálise, detectando diferenças entre as dimensões para os dois grupos etários.

Os adultos demonstraram melhor QVRS, segundo aspectos da saúde física, enquanto os idosos avaliaram melhor os aspectos emocionais e de relacionamento interpessoal com a equipe de saúde.

Este estudo indica a necessidade de ampliação das investigações acerca da capacidade funcional, cognitiva e QVRS de idosos renais crônicos, bem como a comparação destes com a população geral de idosos e, desta forma, analisar a influência de variáveis independentes com QVRS.

- 2002; 15(3):220-4.
18. Harris SA, Lamping DL, Brown EA, Constantinovici N, North Thames Dialysis Study (NTDS) Group. Clinical outcomes and quality of life in elderly patients on peritoneal dialysis versus hemodialysis. *Perit Dial Int.* 2002; 22(4):463-70.
 19. Papaléo Netto M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: Papaléo Netto M. *Tratado de gerontologia*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 3-14.
 20. Walters BA, Hays RD, Spritzer KL, Fridman M, Carter WB. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. *Am J Kidney Dis.* 2002; 40(6):1185-94.
 21. Loos C, Briançon S, Frimat L, Hanesse B, Kessler M. Effect of end-stage renal disease on the quality of life of older patients. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(2):229-33.